

الجمهورية العربية السورية

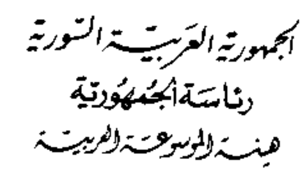
رئاسة الجمهورية

هيئة الموسوعة العربية

الموسوعة الطبية المتخصصة

المجلد العاشر

الأمراض النفسية







الموسوعة الطبية المتخصصة

المجلد العاشر

الأمراض النفسية

الفحص والتشخيص في الطب النفسي

محمد أديب العسالي

الطب النفسي هو الاختصاص الطبي الذي يهتم بدراسة اضطرابات الوظائف العقلية ومعالجتها، وتتظاهر هذه الاضطرابات بأعراض وعلامات تُكشف على نحو منهجي في أثناء الفحص الطبي النفسي (أو المقابلة الطبية النفسية)، ثم ترتب الأعراض والعلامات المكتشفة في متلازمة أو متلازمات تمكن من تشخيص الحالة بحسب أحد أنظمة التشخيص المستعملة في ممارسة الطب النفسي، ويشتمل هذا الفصل على تعريف بالنقاط الأساسية للفحص الطبي النفسي وشروط القيام به وكيفية ذلك، يليه سرد لأهم الأعراض والعلامات النفسية، ثم تعريف بتصنيف الاضطرابات النفسية بحسب التصنيف العالمي للأمراض وهو أحد أهم الأنظمة المستخدمة في تشخيص الاضطرابات النفسية وتصنيفها.

الفحص الطبي النفسي:

الفحص الطبي النفسي (أو المقابلة الطبية النفسية psychiatric interview) هو أساس التشخيص النفسي لأنه يتضمن جمع المعلومات ودراسة حالة المريض الفكرية والعاطفية، إضافةً إلى تأسيس علاقة مع المريض يستفاد منها علاجياً فيما بعد. ويهدف الفحص الطبي النفسي إلى جمع المعلومات عن المريض ومرضه على نحو يمكِّن من وضع خطة (استراتيجية) لعلاج حالته وللتعامل مع مشاكله واحتياجاته التي قد لا تكون كلها طبية ولكن لها أهمية قصوى في تدبير حالته. والفحص الطبي النفسي هو حدثية حركية «ديناميكية» تبدأ حين مقابلة المريض للمرة الأولى ولكنها لا تنتهي بنهاية تلك المقابلة. ويجدر التذكير بأن المريض النفسي لا يختلف عن غيره من المرضى، وقد لا يأتي بشكاوى نفسية، بل قد يراجع أي عيادة طبية وأي قسم من أقسام المستشفى العام بما في ذلك قسم الإسعاف، لذلك من الضروري أن يكون لدى كل الأطباء من الاختصاصات كافة المقدرة على تمييز الاضطرابات النفسية في مرضى العيادات، وفي مرضى المستشفيات، ومراكز الرعاية الصحية الأولية، وفي الرعاية الصحية التخصصية، إذ تكشف أعراض نفسية في نسبة مرتفعة من المرضى الذين يراجعون العيادات الطبية أو الذين يقبلون في المستشفيات العامة، وكثيراً ما يراجع المرضى النفسيون اختصاصيين من اختصاصات طبية أخرى بسبب طبيعة أعراضهم (فألم أسفل الظهر مثلاً شائع في الاكتئاب) أو بسبب تفسيرهم لما يعانونه من أعراض نفسية على أنه نتيجة خلل جسدي ما، أو بسبب توقعاتهم من الرعاية الطبية إذ قد يعتقدون أن حل مشاكلهم يكمن في تقوية جسدهم على نحو عام، ويؤدي عدم تشخيص الاضطراب النفسي في مثل هؤلاء المرضى إلى تعريضهم لاستقصاءات غير ضرورية، وإلى علاجات غير مجدية، في حين تهمل في الوقت نفسه حالة قابلة للعلاج.

يعاني الطب النفسي في سورية وفي غيرها من الدول العربية شحَّ (الكوادر) والمؤسسات، مما يصعب معه طلب استشارة نفسية لكل مريض ويوجب على الأطباء كافة اكتساب مهارة في الفحص الطبي النفسي الذي يهدف كما في فروع الطب الأخرى إلى وضع التشخيص أي تحديد المشكلة وتسميتها من وجهة نظر طبية، ولكن مع الانتباه لأن التشخيص وحده غير كاف في الطب النفسي بل لابد من محاولة فهم معاناة المريض من وجهة نظره هو. ففي حين يُتوقع في الممارسة الطبية تطابق وجهة نظر الطبيب ووجهة نظر المريض حول طبيعة شكاواه - كالسعال أو وجع الصدر - فإن هذا التطابق قد لا يتوافر في الممارسة الطبية النفسية، فقد يعتقد المريض مثلاً أنه مسكون بالجن الذين يمنحونه قوة عظيمة في حين يرى الطبيب أن المريض مصاب بهجمة هوسية تحتاج إلى علاج نوعي مناسب، لذلك فإن الفحص الطبي النفسي يجب أن يأخذ بالحسبان وجهة نظر المريض بغية العمل على كسب ثقته وتعاونه وعلى مناقشة الخطة العلاجية معه. وكما في بقية الاختصاصات الطبية فإن التشخيص هو أساس المعالجة العقلانية المجدية، لذلك من المهم وضع أدق تشخيص ممكن عن طريق الفحص الطبي النفسي الشامل الذي لا يقتصر على الفحص السريري بل يتضمن أيضاً تقييم بقية أوجه حياة المريض التي قد تكون لها صلة بتطور مرضه وبمقدرته على التعاون مع الخطة العلاجية. فإضافةً إلى الأعراض البسيطة للاضطرابات النفسية يجب استقصاء التاريخ الشخصي للمريض طوال حياته وظروفه الراهنة، وفي الظروف المثالية يجب أن يكون الفحص الطبي النفسي جزءاً من تقييم أكثر شموليةً تسهم فيه بقية مجموعات الرعاية الصحية بحسب توافرها وبحسب الحاجة إليها، مثل التمريض النفسي والباحثين النفسانيين ومقدمي الخدمات الاجتماعية وإعادة التأهيل.

كثيراً ما يتساءل الأطباء غير المختصين بالطب النفسي عن كيفية التعامل مع شخص يبدو أنه مضطرب نفسياً ولاسيما عند مقابلته للمرة الأولى في قسم الإسعاف أو في إحدى العيادات، فما العمل إذا بكى المريض، أو إذا أصبح عنيفاً، أو إذا تفوه بأمور مضحكة، أو إذا بقي صامتاً لا يرد التحية ولا يجيب عن الأسئلة، ويصعب إعطاء إجابة بسيطة وموحدة لمثل هذه الأسئلة، فالإجابة عنها تأتي من تراكم الخبرة بالتعامل مع المرضى النفسيين ومن محاولة فهم الظروف الشخصية والاجتماعية والصحية النفسية المميزة لكل مريض في ضوء ما لدى الطبيب من معلومات نظرية ومن خبرات مع أشخاص لديهم اضطرابات مشابهة. وتبدأ رحلة البحث عن الإجابة من محاولة تأسيس علاقة تعاطف مع المريض، ثم استطلاع مشاكله على نحو شامل وواضح، سابقاً وحاضراً، وكيفية تطورها، آخذين بالحسبان شخصيته وتاريخه الشخصي والعائلي والتعليمي والمهني والاجتماعي، بغية التوصل إلى فهم مشترك لاضطرابه والاتفاق على خطة علاجية لتدبير ذلك الاضطراب. قد تبدو هذه المهمة صعبة لطبيب لا خبرة له في الطب النفسي، ولكن يمكن تخفيف صعوبة تحقيقها عن طريق اتباع مقاربة بنيوية منظمة تطبق على نحو متعاطف وغير متعجل.

يتطلب الفحص الطبي النفسي في قسم الإسعاف أو في الأقسام الطبية أو الجراحية المزدحمة استثمار الوقت بأفضل طريقة ممكنة، مما يوجب على الطبيب اكتساب مقدرة على وضع تقييم بدئي سريع لطبيعة المشاكل النفسية عند مريضه، أي أن يتمكن من إجراء تقييم سريري مبدئي في أثناء الدقائق الأولى من الاحتكاك بالمريض. ويهدف هذا التقييم المبدئي إلى تقدير مدى خطورة المريض على نفسه وعلى غيره وعلى الممتلكات، ومدى الحاجة إلى ضبط المريض العنيف وتقييده باستخدام أقل قدر لازم من القوة، مع تذكر أن المرض النفسي لا ينفي المرض الجسدي وأنه من الضروري تقييم الصحة الجسدية بأسرع ما يمكن لأي مريض يبدو منهكاً أو شاحباً أو محموماً. يهدف التقييم المبدئي أيضاً إلى تقدير مقدرة المريض ورغبته بالتواصل مع الطبيب وبالإجابة عن الأسئلة، وتقدير ما إذا كانت إجاباته معقولة وموثوقة. فلا فائدة من إضاعة الوقت بإجراء فحص طبي نفسي شامل إذا كان كلام المريض غير مترابط، أو كانت المعلومات التي يقدمها غير دقيقة، أو كانت كثرة الأسئلة مزعجة للمريض، أو كانت المقابلة تستفزه. ويستفاد من التقييم المبدئي في تقدير الحاجة إلى قبول المريض في المستشفى من أجل الحفاظ على سلامته (حين وجود خطر الانتحار مثلاً) أو على سلامة الآخرين (إذا كان المريض عدوانياً وعنيفاً أو لديه أفكار زورية). أو من أجل تقديم رعاية طبية لابد منها (إذا كان المريض مهملاً لنفسه أو مدنفاً مثلاً)، أو لتطبيق علاج مستطب (مثل العلاج بالتخليج الكهربائي)، أو لإجراء استقصاءات تشخيصية شعاعية أو مخبرية أو نفسية (بهدف التشخيص التفريقي بين الاكتئاب والخرف مثلاً)، أو للتغلب على مشاكل اجتماعية (مثل صعوبة التواصل مع المريض أو عدم وجود من يهتم به).

ويجب دائماً تذكر أن سبب المراجعة الطبية النفسية قد يختلف عن المعتاد في ممارسة الاختصاصات الطبية الأخرى: ففي حين قد يراجع مريض نفسي بسبب شكاوى مرضية محددة لمراجعي الاختصاصات الطبية الأخرى فإن بعض المرضى لا يعتقدون أنهم بحاجة إلى مراجعة طبيب نفسي بل قد يحضرهم أهلهم لأنهم يشعرون أن الحياة لا تستحق العيش والانتحار أفضل، أو تُحضرهم الشرطة بسبب اضطراب سلوكهم في أماكن عامة أو بسبب تكرر مراجعتهم للمخفر مطالبين بوضع حد لجيرانهم الذين يبثون موجات شعاعية بهدف إيذائهم. ومع أن الأساس في الفحص الطبي النفسي هو مقابلة المريض نفسه، فإنه قد يصعب الدخول في تفاصيل معاناة مثل هؤلاء المرضى مباشرةً، لذلك قد يلجأ الطبيب أولاً إلى مقابلة أهل المريض أو غيرهم ممن رافقوه إلى العيادة. حتى عندما يراجع المريض بمحض إرادته، فإنه من المفيد دائماً التحدث مع آخرين عن مشاكل المريض وسيرته الشخصية، لأنه لا يمكن دائماً الجزم بصحة المعلومات المقدمة من المريض، فقد يكون مصاباً بضُلال delusion أو بهذيان، وقد ينكر المشكلة الأساسية التي أحضرته إلى الرعاية الطبية النفسية أو يلفق الأعراض أو تفاصيل القصة المرضية على نحو مقصود، لذلك من المفيد عادةً التواصل مع مصادر معلومات أخرى غير المريض بهدف الحصول على معلومات إضافية وتأكيد المعلومات المجموعة من المريض أو تصحيحها، ويسهل القيام بذلك في الدول العربية بما فيها سورية لأن المريض يراجع عادةً مع أفراد من أسرته مما يسمح بمقابلتهم بعلم المريض وبوجوده، إذ يجب دائماً إعلام المريض بأنه سيتم السعي إلى الحصول على معلومات إضافية لاستكمال الفحص الطبي النفسي. وبالطبع فإن ذلك لا يلغي ضرورة استجواب المريض منفرداً وفائدة ذلك، فوجود أفراد الأسرة لابد من أن يؤثر في طبيعة المقابلة. هذا وقد تجمع معلومات مفيدة من أوراق الإحالة

إذا كان المريض محالاً من قبل الشرطة، أو من قبل أطباء آخرين، أو من ملفات سريرية قديمة، أو من معالجين سابقين، أو من رب العمل.

التحضير للفحص الطبي النفسي:

يهدف الفحص الطبي النفسي إلى تشخيص حالة المريض وإلى توقع الإنذار ووضع خطة علاجية، إضافةً إلى فهم شخصية المريض وظروفه الأسرية والمهنية والاجتماعية وإلى تأسيس علاقة بينه وبين الطبيب تبنى عليها خطة التدبير المستقبلية، ومن الواضح أن ذلك يستغرق وقتاً طويلاً ويحتاج إلى جو هادئ. قد يستغرق الفحص الطبي النفسي الشامل نحو الساعة، مما يعوق إجراءه في جناح طبي أو قسم إسعاف مزدحم، كما أن للتجهيزات مثل الرداء الأبيض أو سرير الفحص فائدة ضعيفة في الفحص الطبي النفسي، لذلك يفضل أن يكون المكان المخصص لمقابلة المريض هادئاً ويوفر خصوصية الحديث وسريته بعيداً عن استراق السمع وعن المقاطعة ورنين الهاتف. كما يفضل أن يكون أثاث الغرفة ملائماً لمقابلة هادئة، إذ يغلب أن يعاني المريض النفسي توتراً انفعالياً وصعوبة في التواصل وفي التعبير عن نفسه، وقد يحتاج وقتاً لترتيب أفكاره وإجاباته، وقد يتكلم بصوت خافت فتضيع أجوبته في الضجيج مما يوجب على الطبيب تكرار الأسئلة على نحو يعوق تأسيس علاقة جيدة بين الطبيب والمريض. كما أن المقاطعة المتكررة من قبل الفريق الطبي أو المرضى تحرم المريض من فرصة سرد همومه وشرح مشاكله المعقدة، فقد يشعر المريض بالتردد حين التعبير عن مشاعر أو أفكار ذات حساسية أو إزعاج معين، ويزداد هذا التردد إذا شعر المريض بأن طرفاً ثالثاً قد يسمعه أو يقاطعه. يستنتج من ذلك أن الدور الأهم للطبيب في الفحص الطبي النفسي هو ملاحظة المريض والإصغاء إليه، فلا فائدة من مقابلة سريعة، ولكن لا يمكن البدء بمقابلة غير محددة زمنياً، لذلك يفضل إعلام المريض منذ البدء بالوقت المتوافر، مما يساعده على الشعور بالاطمئنان وعلى سرد قصته ضمن الوقت المحدد من دون إسهاب. وكما يصغي الطبيب جيداً لما يتلفظ به المريض فإن الاستجواب الناجح يستوجب تنبه الطبيب لتلميحات المريض غير اللفظية، ففي المحادثة العادية يجاري الطبيب وضعة جسم محدثه ونبرة صوته، وذلك مهم أيضاً حين استجواب المصابين باضطراب نفسي. لذلك على الطبيب ترتيب مكان جلوسه ومكان جلوس المريض بحيث يكونان بارتفاع واحد وغير بعيدين أحدهما عن الآخر، ويفضل ألا يكون الطبيب بمواجهة المريض مباشرةً بل يترك له مجالاً لأن يتلفت جانباً إن رغب بذلك. فعند استجواب مريض مكتئب لديه بطء نفسي حركي مثلاً، يفضل التحدث بوضوح ومنح المريض وقتاً كافياً للإجابة، مع تجنب التحدث بصوت عال أو تكرار السؤال مراراً لحث المريض على الإجابة، وربما كان مفيداً في مثل هذه الحالة الجلوس قريباً من المريض مع الانحناء باتجاهه والتحدث بصوت أنعم وأبطأ من المعتاد. كذلك يجب تجنب الضغط على المريض للحصول على الإجابات في الحالة المعاكسة عندما يبدو المريض مستثاراً ونزقاً، فقد يصبح هائجاً أو عدوانياً إذا أصر الطبيب على مطاردته بالأسئلة، والأفضل في هذه الحالة مسايرة ارتفاع مزاج المريض بحذر بغية كسب ثقته وتأسيس تعاطف جيد معه. ولابد من التنبيه لأنه من الصعب التنبؤ بسلوك بعض المرضى النفسيين ولاسيما إذا كانوا غير معروفين سابقاً أو كانت لديهم سوابق سلوك عنيف، مما يوجب على الطبيب الحذر وعدم تعريض نفسه للخطر عن طريق التأكد دائماً من وجود فريق قادر على المساعدة بقربه، والتأكد من خلو الطريق أمامه إلى باب الغرفة، وعدم استفزاز المريض بفرط الأسئلة، ويفضل في حال الشك بأن المريض قد يصبح عنيفاً إجراء المقابلة بحضور شخص ثالث.

الاستجواب (المقابلة interview):

الاستجواب هو طريقة التقييم الأساسية المستخدمة في الطب النفسي، وكما في الطب العام، يقسم الاستجواب النفسي إلى قسمين الأول هو أخذ القصة المرضية والثاني هو الفحص السريري (أي فحص الحالة العقلية)، ولكن يختلف الطب النفسي عن الطب العام بأن أخذ القصة المرضية وفحص الحالة العقلية يتمان في الوقت ذاته وباستخدام الوسائط ذاتها ألا وهي الملاحظة والإصغاء للمريض، إذ تجمع المعلومات اللازمة لفحص الحالة العقلية في أثناء أخذ القصة المرضية عادةً، وأفضل طريقة للاطلاع على الحدثيات العقلية عند المريض هي من وصفه اللفظي لما يمر به من تجارب ومعاناة، إذ تفيد مقابلة المريض في كشف واستقصاء مظاهر نوعية للوظائف العقلية تشمل مظهر المريض وسلوكه ومزاجه وإدراكه ومعتقداته ووظائفه المعرفية. وإضافةً إلى التواصل اللفظي مع المريض، يحصل الطبيب على معلومات مهمة في أثناء الاستجواب من تأمل (أو ملاحظة observation) المريض، ففي مظهر المريض وسلوكه وطريقة كلامه دلالات مهمة على طبيعة اضطرابه النفسي، ومن السهل عادةً تمييز الشذوذ الشديد من الحالة الطبيعية، فالهذيان الواضح والحزن والشمق euphoria

علامات مرضية لا تخفى على أي فاحص متيقظ، لذلك فإن النقطة الأهم في هذا الصدد هي تنبه الطبيب لضرورة تأمل المريض، وتذكر ضرورة توثيق ملاحظاته، إذ يمكن للطبيب جمع كمية كبيرة من المعلومات من خلال التواصل غير اللفظي مع المريض بالنظر وبملاحظة ما يبدو عليه من حركات وإيماءات، مثل التململ في الكرسي عند مناقشة علاقاته بالآخرين أو الإشاحة بنظره عند وصف حوادث مؤلمة. لذلك على الطبيب عدم التلهي بالنظر من النافذة أو بالعبث بالقلم أو بالحاسوب وعدم الغرق في دفتر ملاحظاته مهملاً ملاحظة المريض، بل يجب عليه تشجيع المريض على الكلام بهز الرأس وبإيماءات اليدين. أما عندما يصمت المريض لفترة من الوقت، فيجب احترام صمته ومنحه الفرصة للاستدراك أو للبحث عن الكلمات المناسبة.

أولاً- القصة المرضية النفسية:

يستفاد حين أخذ القصة المرضية النفسية من كل المعلومات المتوافرة عن الحالة، والتي يتم الحصول عليها من المريض نفسه أو من أهله أو من مصادر أخرى، بهدف تعرف شكاوى المريض وسلوكه الراهن والسابق إضافةً إلى تقييم ظروفه الحياتية منذ الولادة حتى الآن، وتجمع المعلومات المتوافرة عادةً تحت العناوين التالية:

- سبب الإحالة النفسية ومصدر المعلومات.
- الشكوى الرئيسية.
- تاريخ المرض الراهن.
- السوابق المرضية النفسية.
- السوابق المرضية الجسدية.
- السوابق النفسية المرضية العائلية.
- التاريخ الشخصي.
- الشخصية قبل المرض.

وتُجمع معظم هذه المعلومات في أثناء الاستجواب أو المقابلة الطبية النفسية. يبدأ الطبيب المقابلة بالترحيب بالمريض وبالتعريف بنفسه بوضوح وبالتأكد من أن المريض مرتاح لجو المقابلة، ثم يشرح له الهدف من المقابلة والفترة الزمنية التي ستستغرقها محاولاً التخفيف من قلقه؛ إذ يتجنب الكثيرون مراجعة الطبيب النفسي بسبب الوصمة الاجتماعية الملازمة للمرض النفسي والخشية من أن يوصموا بالجنون. تعد هذه المقدمات ضرورية من أجل تأسيس علاقة إيجابية معقولة مع المريض، ويمكن بعدها الانتقال إلى الاستفهام عن الأسباب التي دعت المريض إلى الحضور إلى العيادة أو المستشفى.

سبب الإحالة النفسية ومصدر المعلومات:

قد تكون لدى المريض شكاوى معينة يريد الاستفسار عنها، أو تكون المراجعة لأن المريض يسبب قلقاً لمن حوله. فبعض المرضى يراجعون تلقائياً، في حين يحضر آخرون بمبادرة من أهلهم. لذلك من الضروري توثيق سبب المراجعة، وكيفية قدوم المريض إلى العيادة، والشكاوى التي يطرحها المريض. كما توثق المعلومات التي يقدمها مرافقو المريض، مع ذكر مصدر كل معلومة.

الشكوى الرئيسية:

لما كانت الغاية من الفحص الطبي النفسي هي الحصول على معلومات مرغوبة عن طريق تشجيع المريض على التحدث عن أمور يراها مهمة، فإنه يفضل أن يقتصر السؤال الأول على الطلب من المريض وصف معاناته بكلماته وبطريقته. ويجب أن تصاغ الأسئلة بما يتناسب مع ثقافة المريض مع توضيح الغاية من كل سؤال، ومع المحافظة طوال فترة الاستجواب على اللباقة والاحترام شريطة عدم السماح للمريض بتجاوز حدود العلاقة العلاجية.

تستخدم في مطلع الاستجواب أسئلة مفتوحة لا تتضمن حصراً للإجابات الممكنة بل تسمح للمريض بالتعبير عن معاناته بطريقته الخاصة، فيسأل مثلاً «لماذا جئت إلى المستشفى؟» أو يستفيد الطبيب من ملاحظته للمريض فيعكس تفسيره لما يلاحظه بسؤال مثل: «تبدو قلقاً، فهل تشعر أنك كذلك؟»، أو «يبدو أنك تعرضت لمعاناة شديدة، هلا أخبرتني عنها؟». تفيد هذه الطريقة في استقصاء الأعراض والعلامات النفسية بلطف مع توصيل مشاعر الطبيب وتعاطفه إلى المريض في الوقت نفسه.

تفيد الأسئلة المفتوحة في الحصول على معلومات قد يصعب أخذها من المريض بالأسئلة المغلقة (أو الموجهة) التي تتضمن تحديداً للإجابات الممكنة، مثل حصر الإجابة بنعم أو لا عند السؤال «هل تشعر بالحزن؟»، فسؤال مريض يعاني أهلاسات سمعية «هل تسمع أصواتاً؟»، لا يعطي إلا إجابة بنعم أو لا، في حين لو سئل «هل تعاني أيّ تجارب مزعجة؟» قد يشجعه على إعطاء إجابة أكثر تفصيلاً مثل «أسمعهم يضحكون ويقولون أشياء مريعة. يقولون إني قتلت أولادي وأنا لم أفعل ذلك، ولكنهم مصرون على إخبار الشرطة»، ولكن تبقى للأسئلة المغلقة أهمية واستخدامات متعددة في أثناء الاستجواب؛ فقد يستخدمها الطبيب للتأكد من أنه قد فهم مشكلة المريض (بسؤاله مثلاً: «أفهم من حديثك أنك تسمع أصواتاً تتحدث عنك، هل هذا صحيح؟»، أو «يبدو أنك تشعر

بالرعب في أثناء الليل فقط، أليس كذلك؟»)، أو يستخدمها لاستقصاء مناطق لم تغطى بعد في أثناء أخذ القصة المرضية (مثلاً: هل تشعر بأن الناس يعرفون بماذا تفكر؟). كما تفيد الأسئلة المغلقة أيضاً حينما يصبح من الضروري أخذ زمام المبادرة في أثناء الاستجواب بسبب تعذر ضبط الحديث على نحو طبيعي غير مباشر، مثلاً حين يعطي المريض إجابات وجيزة ومختصرة جداً يلجأ الطبيب إلى الأسئلة المغلقة لتسيير المقابلة باتجاه الحصول على المعلومات اللازمة، أو عند مريض هوسي مصاب بتطاير أفكار شديد إذ يجب على الفاحص توجيه إجابات المريض ومقاطعتها، علماً أنه يفضل دائماً تجنب مقاطعة المريض ما أمكن وترك المقابلة تجري بسلاسة، أما إذا وجبت مقاطعة المريض وتغيير مسار المقابلة فيجب أن يتم ذلك على نحو لطيف ومخطط مسبقاً مثل القول: «شكراً لك لأنك قلت لي هذا، هل أستطيع أن أغير مجرى الحديث لأسألك عن دخولك الأول للمستشفى لأنه سوف يساعدني أكثر من أجل فهم الوضع الحالي».

تسجل الشكوى الرئيسية كما يتفوه بها المريض حرفياً، فلا يكتفى مثلاً بكتابة «ضُلالات عظمة» عند فحص مريض يقول: «أبي هو المدير العام، اتصل بمكتبه ليرسلوا لي المرسيدس. يجب أن أذهب لتحصيل أموالي»، بل تكتب كلمات المريض كما يقولها. كما لا يكفي عادةً تسجيل الشكوى الرئيسية بمصطلحات عامة ولا نوعية مثل «اضطراب سلوك شديد»، بل يجب تحري وجود شكاوى أخرى أقل وضوحاً وأكثر نوعيةً.

تاريخ المرض الراهن:

توثق الشكوى (أو الشكاوى) الراهنة مع تفاصيل كل منها ثم يستقصى تطور كل من تلك الشكاوى، وكيفية بدئها (فجأة أم على نحو تدريجي) وما إذا كانت قد بدأت كلها معاً أو على نحو متلاحق، والتسلسل الزمني لظهورها، وما إذا كانت مستمرة أم متقطعة، والعوامل أو الحوادث التي أثارتها أو أثرت في تطورها، وما إذا كان المريض قد تلقى أي علاج من أجلها، واستجابته لذلك العلاج إن وجد.

تعتمد نوعية الأسئلة اللاحقة على طبيعة ما يصرح به المريض، إذ يبدأ الطبيب بوضع فرضيات يختبر مدى صحتها، فقد يعطي المريض انطباعاً بأنه ربما كان قد تعرض لسوء المعاملة في الطفولة فيحاول الطبيب الاستفسار أكثر عن طفولة المريض، وقد يصرح المريض بأنه متأثر بمسدس لأشعة قاتلة يتحكم بها إرهابيون، فيتحول الطبيب إلى استقصاء بقية أعراض الفصام، فيستقصي الأهلاسات السمعية مثلاً عن طريق السؤال «هل تسمعهم يتكلمون معك أيضاً؟»، «هل يتحدثون معك أم مع بعضهم بعضاً؟».

توجه تلك الفرضيات الطبيب إلى التفتيش عن أعراض تثبت كل فرضية منها أو تنفيها، وقد تكون تلك الأعراض ذهانية (مثل الأهلاسات أو الضُلالات)، أو مزاجية (مثل الاكتئاب أو الشمق أو القلق)، أو سلوكية (مثل الهياج أو التجنب)، أو فيزيولوجية (مثل خفقان القلب أو ضيق النفس أو التوتر العضلي أو الاضطرابات الهضمية)، أو بيولوجية (مثل اضطراب النوم أو نقص الشهية للطعام أو انخفاض الوزن أو انعدام الرغبة الجنسية)، ويهدف فحص تلك الفرضيات إلى حصر الاحتمالات التشخيصية الممكنة.

يتطلب التمكن من اختبار الفرضيات التشخيصية الممكنة في أثناء استجواب المريض اكتساب مهارتين أساسيتين هما تمييز النموذج pattern recognition وحل المشكلة problem solving، فالاضطرابات النفسية هي أساساً نماذج وصفية لمجموعات من الأعراض والعلامات، والغاية النهائية للطبيب من فحص المريض وتقييمه هي تحديد النموذج الأكثر مطابقة لما لدى المريض من أعراض وعلامات. وفي حين تؤخذ الأعراض من أقوال مباشرةً، فإن العلامات هي ما يراه الطبيب وما يستشفه من أقوال المريض وأفعاله، وللتمكن من ذلك يجب على الطبيب أن يكون مطلعاً مسبقاً على الأعراض والعلامات والنماذج التي تتجلى بها؛ فمن لا يعرفها لا يمكنه تمييزها، ومحاولة الطبيب استخدام كل المعلومات المتوافرة للتمكن من تمييز نموذج تشخيصي هي حل لمشكلة نوعية يمكن تلخيصها بالسؤال التالي: ما هو نموذج الاضطرابات النفسية الوصفي الأكثر انسجاماً مع مشاكل المريض؟. وتتم الإجابة عن هذا السؤال عبر البدء بعدد من البدائل التشخيصية الممكنة ثم محاولة تقليل عدد تلك البدائل عن طريق الحصول على معلومات إضافية عن المريض وشكاواه. نستنتج من ذلك أن الاستفادة المثالية من استجواب المريض تعتمد اعتماداً كلياً على ما لدى الطبيب من معلومات نظرية ومهارات سريرية، وكلاهما يبدو ضحلاً على نحو مرعب عند طلاب الطب وعند الأطباء غير المختصين بالطب النفسي أو الذين مازالوا في بداية تدريبهم للاختصاص بالطب النفسي، ومن الضروري هنا التذكير بخطورة القفز إلى التشخيص اعتماداً على الانطباع الأولي للطبيب عن المريض؛ بل يجب بناء التشخيص على ما يجمع من المريض من علامات وأعراض.

تكون معرفة الطبيب بالمريض وباضطرابه النفسي محدودة في بداية الفحص الطبي النفسي، ويكون مجال الاحتمالات التشخيصية واسعاً، ومع أن المريض قد يحضر معه تقارير طبية أو وصفات أدوية قديمة أو غيرها من الأوراق التي قد توحي أن المجال التشخيصي ضيق، فإنه من الضروري التنبه لخطر افتراض أي تشخيص أو استبعاده قبل إتمام الفحص الطبي النفسي على نحو منهجي؛ فقد تكون تلك المعلومات مضللة، وقد تبين من دراسة أجريت في دمشق أن نحو نصف المرضى المشخص لديهم فصام سابقاً هم بالحقيقة مصابون باضطرابات أخرى غير الفصام.

يبدأ الطبيب بتضييق مجال الاحتمالات التشخيصية المحتملة في ضوء ما يجتمع لديه من معلومات إضافية تتراكم مع تقدم المقابلة، فمثلاً: إذا كان المريض جالساً بهدوء ولم يكن مرتفع المزاج فإنه يغلب ألا يكون مصاباً بالهوس، أما إذا كان مصاباً بالنعاس وغير متوجه يصبح من غير المرجح تشخيص الفصام غير المَصْحُوب بمُضاعَفات، وهكذا تستبعد بعض الاحتمالات التشخيصية في حين يزداد احتمال تناغم غيرها مع الأعراض والعلامات المتوافرة، فيسعى الطبيب إلى توجيه مسار المقابلة باتجاه الحصول على أكثر المعلومات نفعاً في التفريق بين الخيارات التشخيصية الأكثر احتمالاً؛ ففي المثال الوارد أعلاه عن النعاس وعدم التوجه، قد يكون من المجدي أكثر البدء بالاستفسار عن مظاهر تفرّق بين أشكال مختلفة من المتلازمات الدماغية العضوية بدلاً من محاولة الحصول على تاريخ مفصل للتطور النفسي الجنسي أو تقييم المزاج أو الوجدان، ولكن ذلك لا يعني تجاوز أجزاء مهمة من الفحص الطبي النفسي؛ فلا يمكن مثلاً إهمال تقييم الوظائف الاستعرافية في مريض يبدو مكتئباً، ولا اهمال الاستفسار عن الأهلاسات في مريض يبدو قلقاً. وبالطبع فإن توجيه المقابلة بهذه الطريقة يوجب على الطبيب أن يكون مطلعاً مسبقاً على الأعراض والعلامات الأكثر أهمية في تشخيص مختلف الاضطرابات النفسية وفي تفريقها بعضها عن بعض، وهذه مهارة تكتسب من معرفة طريقة تصنيف الاضطرابات النفسية في فئات تشخيصية ومن الخبرة المكتسبة من تطبيق هذه المعرفة في الممارسة السريرية اليومية.

السوابق الطبية النفسية:

لما كانت الاضطرابات النفسية هي اضطرابات مزمنة ومعاودة عادةً، كان من المهم الاستفسار عن السوابق الطبية النفسية، فقد تكون الهجمات السابقة وصفية على نحو يغني المعلومات المجموعة عن الهجمة الراهنة ويساعد على توجيه التشخيص والعلاج، فإذا كان المريض مثلاً مصاباً بهجمة اكتئابية حالياً، قد يشخص عنده اضطراب اكتئابي ويستطب وصف دواء مضاد للاكتئاب، أما إذا كانت لديه أيضاً سوابق هجمة هوسية فيصبح التشخيص المرجح اضطراب مزاج ثنائي القطب مما يوجب الحذر من وصف الأدوية المضادة للاكتئاب لأنها قد تثير هجمة هوسية. قد تكشف السوابق الطبية النفسية أيضاً نمطاً واضحاً لهجوع الهجمة من دون علاج وللاستجابة للعلاج الطبي في عيادة أو مستشفى، أو لعلاج شعبي مثل مراجعة شيوخ أو أسياد. كذلك يجب الاستفسار عن سوابق إيذاء الذات وعن التفكير بذلك، وعن السوابق الجنائية مثل الجنح والجنايات والأحكام بالسجن وملابساتها، وعن سوابق تعاطي العقاقير بما في ذلك الكحول والعقاقير الجنائية المعروفة دولياً مثل الحشيش والهيروين أو التي يشيع استخدامها محلياً مثل بنزهكزول benzhexol، مع الاستفسار عن فترة التعاطي وعن أعراض الإدمان وأعراض السحب.

السوابق الطبية الجسدية:

من الضروري اشتمال الفحص الطبي النفسي توثيقاً مفصلاً للسوابق المرضية الجسدية التي كثيراً ما تهمل عند المرضى النفسيين، مع استقصاء كل أجهزة الجسم ولاسيما الجهاز العصبي المركزي، ومع تسجيل تفاصيل كل العلاجات الطبية المستخدمة حالياً من قبل المريض، فبعض الأدوية قد تحرض اضطراباً نفسياً أو تؤثر في الخيارات العلاجية الممكنة.

السوابق الطبية النفسية العائلية:

يزداد وقوع بعض الاضطرابات النفسية في بعض العائلات بسبب وجود مُركَّب complex إمراضي وراثي فيها، لذلك من الضروري استقصاء القصة العائلية للاضطرابات والمشاكل النفسية على نحو يشمل الوالدين والأخوة والجدود والأطفال والأحفاد والأعمام والعمات والأخوال والخالات وأولادهم، مع التركيز على القرابة البيولوجية أو قرابة الدم لأن أهمية الوراثة تضعف ظاهرياً في الأسر الموسعة وبوجود تعدد الزيجات، ويسأل في هذا المجال عما إذا كان أي من الأقرباء البيولوجيين قد تعرض لمعاناة تشبه شكاوى المريض أو لأي اضطراب نفسي أو غرابة في التصرفات، وعن طبيعة ما تعرض له وكيف تم التعامل معه، وعن التداخلات التي ساعدت على تخفيف تلك المعاناة أو شفائها.

التاريخ الشخصي:

للاضطرابات النفسية جذور في الطفولة المبكرة عادةً، لذلك من البديهي توثيق التاريخ الشخصي للمريض على نحو مفصل يتضمن كلاً من العوامل البيولوجية والعوامل النفسية المؤثرة في تطور الشخص وفي اكتساب خبراته الشخصية. وأبسط طريقة لاستخلاص هذه المعلومات هي البدء من وقت حمل أم المريض به والانتهاء بالوقت الراهن؛ فتقسم فترة الحياة إلى مرحلة الحمل والولادة، ومرحلة الطفولة المبكرة، ومرحلة سن المدرسة، ومرحلة المراهقة وسن البلوغ، ومرحلة خدمة العلم إن وجدت، ومرحلة العمل والزواج وإنجاب الأطفال .

يتم الاستفسار أولاً عن ظروف الحمل والولادة ومضاعفات ما حول الولادة، وهل مرضت الأم في أثناء الحمل، وهل تناولت أي أدوية؟ هل كانت الولادة طبيعية أم قيصرية وهل كانت عسيرة؟ هل تألم الجنين أو أصيب بنقص الأكسجة عند الولادة؟، ثم تستقصى مرحلة الطفولة المبكرة بما تتضمنه من نمو جسدي وبلوغ نقاط العلام التطورية في الأعمار المتوقعة (مثل الجلوس من دون مساعدة بعمر ٨ أشهر والمشي منفرداً بعمر ١٣ شهراً وضبط المصرات نهاراً بعمر سنتين والكلام بعمر سنتين ونصف)، ودرجة النشاط والاعتماد على النفس والتفاعل مع الآخرين في المنزل وفي روضة الأطفال، والتعرض لبعض الاضطرابات الشائعة في هذه المرحلة العمرية مثل القلق أو اضطرابات النوم أو الخوف من الظلام أو سلس البول الليلي أو الخوف من الغرباء، واحتمال التعرض للإهمال أو لسوء المعاملة (وهذا أمر شديد الحساسية يجب الاستفهام عنه بلطف في مراحل الطفولة كافة، ولاسيما في حال سوء المعاملة الجنسي).

العلاقات مع المحيط هي مظهر عام للتجارب البشرية في الصحة وفي المرض، ولها تأثير قوي في تطور الشخص، وقد تكون عاملاً أساسياً في حدوث سوء الأداء والخلل الصحي النفسي واستمرارها. ويمكن تصنيف العلاقات ضمن ثلاث فئات واسعة (أسرية واجتماعية وجنسية) وتوصيفها بدءاً من مرحلة الطفولة المبكرة ومروراً بما يليها من مراحل العمر. فالعلاقات ضمن الأسرة محدد قوي لمواقف الإنسان وسلوكه وعلاقاته في المستقبل، مما يوجب الاستفهام عن الأسرة التي نشأ المريض في أحضانها وعن طبيعة العلاقات في تلك الأسرة ونوعيتها: فيسجل عمر كل من الوالدين ومهنته وأمراضه والعلاقة بينهما (مثل تعدد الزوجات أو الانفصال أو الطلاق) ونوعية علاقة المريض بكل منهما (الوالد المقرب من المريض، الوالد المسؤول عن الرعاية الأساسية للمريض، الوالد المسؤول عن التأديب)، ثم يذكر عدد الأخوة وأعمارهم بالتسلسل زمنياً، وترتيب المريض بينهم، ونوعية علاقة المريض بكل منهم، ويلي ذلك ذكر أعضاء الأسرة الممتدة الذين كان لهم دور مهم في حياة المريض مثل الخالات أو الجدود والعلاقة بينهم وبين المريض.

العلاقات الاجتماعية هي سمة مهمة للتجربة البشرية، فهي مصدر مهم للدعم النفسي الاجتماعي ووسيلة مهمة للتعبير عن النفس، لذلك فإن طبيعة هذه العلاقات ونوعيتها قد تعطي انطباعاً مهماً عن شخصية الشخص وتطوره. يبدأ الاستفسار عن العلاقات الاجتماعية منذ مرحلة الطفولة المبكرة، ويتكثف في مرحلة سن المدرسة بسلوك المريض في المدرسة وعلاقاته بزملائه وبمدرسيه، ويمر بمنعطف حرج في فترة المراهقة التي تتميز بالميل إلى الاستقلال وإثبات الذات والانفصال عن الأهل والانتماء إلى مجموعات اجتماعية أخرى والاهتمام بالجنس الآخر.

ويمكن استقصاء هذه العلاقات عن طريق سؤال المريض عن عدد أصدقائه، ولاسيما المقربون منهم والذين يمكنه إشراكهم في همومه ومشاكله، كما يمكن الاستفهام عما إذا كانت صداقاته مقتصرة على جنس واحد أو مشتملة على ذكور وإناث، وعن تواتر التواصل معهم وظروفه، فهل يلتقيهم مثلاً في المنزل أو في النادي أو مكان العبادة، وماهي النشاطات التي يمارسونها، وهل يشعر بالقلق في المناسبات الاجتماعية، وهل يصعب عليه تحمل الصداقات الحميمة، وهل يعاني صعوبة الحفاظ على علاقاته؟.

للعلاقات الجنسية في هذا المجال دور مهم، فالتعبير الملائم عن الجنس هو جزء مهم آخر من التطور الشخصي الناضج، ويعتمد هذا التعبير على عوامل أخلاقية وثقافية ودينية (مثل القوانين والعادات والتقاليد والمحرمات والنهي الروحي والأخلاق الشخصية) إضافةً إلى العوامل الجسدية، ويستقصى التطور الشخصي الجنسي عن طريق سؤال المريض عن خبراته وعلاقاته الجنسية ، بما في ذلك العلاقات الجنسية المثلية، وعما إذا كانت تلك العلاقات عابرة أم مستقرة، وعن ظروف الزواج إذا كان متزوجاً: هل هو زواج تال لعلاقة حب أو زواج أهل تقليدي، وما مدى الانسجام في هذا الزواج، وعدد الأولاد وصحتهم وظروف دراستهم أو سبب عدم الإنجاب إن كان الزواج عقيماً.

يفيد الاستفهام عن الأداء المدرسي للمريض في تقييم امكاناته العقلية، ومدى معاناته صعوبات التعلم، وارتكاسه

للتغيير وللكرب، وعلاقاته الاجتماعية، وطرائق تأقلمه مع القوانين واستجابته للتأديب، لذلك يسأل المريض عما إذا كانت لديه مشاكل في بدء الدراسة أو في تبديل المدرسة، وعن مدى تحصيله المدرسي، وعن سبب عدم إكماله لتعليمه، وعن الشهادات التي نالها، وعما إذا كان لديه أصدقاء في المدرسة، وعما إذا كان كثير الغياب والتعرض للتأديب. وتستكمل القصة المدرسية بالقصة المهنية فيسأل المريض عن فترة خدمة العلم والصعوبات التي واجهته في أثنائها، وعن المهن التي مارسها بعد انتهاء تعليمه، وعما إذا كان قد تلقى تدريباً مهنياً إضافياً، وعما إذا كان لديه عمل منتظم وثابت أم أنه يمر بفترات من البطالة، وعن أسباب تبديل مهنته، وعن المهنة التي اختارها ومدى رضاه عنها، وعن العلاقات في بيئة العمل.

يلي ذلك التحقق من طبيعة علاقات المريض الحالية عن طريق سؤاله عن طريقة تعامله مع أفراد أسرته المقربين منه، وعن طبيعة شبكة علاقاته الاجتماعية ومدى التواصل معها، وعما إذا كان لديه أصدقاء مقربون يمكنه البوح بمشاكله لهم أو سؤالهم النصح، إضافةً إلى الاستفسار عن العلاقات الجنسية الراهنة، وعن مكان السكن ومع من، وعن مقدرة المريض على العناية بنفسه، فهل هو اتكالي يحتاج إلى المساعدة في القيام بالمهام اليومية المعتادة، وما هو نوع المساعدة المطلوبة وسبب لزومها، وهل يحتاج إلى مراقبة وإشراف منتظم لأنه مثلاً، قد يشرد أو يصبح عدوانياً مع الآخرين؟. من المهم أيضاً التأكد من المسؤوليات المهنية والأسرية الملقاة على عاتق المريض وعن مصدر رزقه الحالي ومدى كفاية دخله لحاجاته الأساسية مثل الطعام والمسكن والملبس وغيرها. أما إذا كان المريض عاطلاً عن العمل حالياً، فمن الضروري استيضاح سبب البطالة، فقد يكون السبب اقتصادياً اجتماعياً، أو يعود إلى عوز المريض للمهارات وللحوافز اللازمة لإيجاد عمل وللمحافظة عليه. ويتبع ذلك الاستفسار عن هوايات المريض، فهل هو قادر على إشغال أوقات الفراغ، وهل هواياته انفرادية أم اجتماعية؟.

للعوامل الروحية أهمية خاصة في كل الثقافات، وخصوصاً في المجتمع العربي، حيث قد يُقدِّم لكثير من المرضى النفسيين وأهاليهم تفسير غير طبي للاضطراب النفسي نتيجة دمج معتقداتهم وخبراتهم بأعراض الاضطراب النفسي. فقد يعتقد المريض المكتئب مثلاً أنه ممسوس أو مسحور، أو يقتنع المريض الهوسي بأن مصدر طاقته المفرطة هو أرواح ترافقه أو قرين من الجن. ويصعب أحياناً تمييز ما إذا كان ادعاء المريض النبوّة أو المقدرة على شفاء غيره هو معتقد نابع من أساس ديني أو ثقافي أم أنه عرض لمرض نفسي. ومهما كان الأمر، من المهم دائماً محاولة فهم معتقدات المريض والتعامل معها على نحو لائق لأنها قد تكون ذات شأن مهم في تقبل المريض للعلاج، ويتم ذلك عن طريق استكشاف تجارب المريض الروحية، ومعتقداته الدينية وأهميتها بالنسبة إليه، وتأثيرها في فهمه لمشاكله الراهنة، ومدى الدعم المعنوي الذي يجده في إيمانه ومعتقداته.

الشخصية قبل المرض:

تختتم القصة المرضية بوصف شخصية المريض قبل إصابته بالاضطراب النفسي الراهن. والشخصية هي سمات الشخص الثابتة التي تؤثر في ارتكاسه للظروف وللعلاقات مع الآخرين والتي تتأسس باكراً في الشباب، أي قبل عمر ١٨ سنة. يسأل المريض عن سمات شخصيته مثل الاندفاعية وتغيرات المزاج والهيوجية والتشبث بالرأي، ولكن يصعب أن يعطي الشخص وصفاً موضوعياً لشخصيته، لذلك من المفيد عادةً الاستفسار عن شخصية المريض من آخرين يعرفون المريض معرفة جيدة.

تقييم الشخصية قبل المرض مهم لسببين: الأول تحديد ما إذا كان الشخص مصاباً باضطراب الشخصية، والثاني تحديد ما إذا كانت شخصية المريض قد كان لها شأن مؤهب للاضطراب النفسي الراهن، لما في ذلك من تأثير في خطة العلاج وإنذار المرض. فالأشخاص المصابون باضطراب الشخصية معرضون أكثر من غيرهم للتورط بمواقف سلبية وللتعرض لحوادث حياتية راضة، كما أن بعض صفات الشخصية المميزة لبعض الاضطرابات الشخصية (مثل الشخصية الزورية أو الشخصية الهستريائية) قد تطغى على الصورة السريرية للاضطراب النفسي الراهن على نحو قد يحرف التشخيص.

يبدأ استقصاء شخصية المريض قبل المرض بسؤال مفتوح مثل: «صف لي شخصيتك، كيف تفكر وتتصرف وتشعر على نحو عام؟» أو «كيف يصف الآخرون شخصيتك، هل يعدونك ناجحاً، هل يحسدونك؟»، ويمكن المتابعة بأسئلة تتناسب مع وصف المريض لشخصيته بغية إغناء ذلك الوصف، فيسأل مثلاً: «هل يقول الآخرون أن لك تصرفات مزعجة؟» أو «هل تسبب لك تصرفاتك متاعب في المنزل أو المدرسة أو العمل؟» أو «ما صفات شخصيتك التي قد ترغب بتغييرها؟». كما يمكن سؤال المريض عن هواياته وكيفية إشغاله أوقات الفراغ،

وعن مدى رضاه عن نفسه وعما حققه في حياته. وعما إذا كان متشدداً في حكمه على الصواب والخطأ، ومدى احترامه للنظم الاجتماعية وللقوانين ودرجة تقيده بها. ومدى شكه أو ثقته بالآخرين ودرجة حذره من العاملين معه، وشدة احترامه لزملائه ولرؤسائه ولمرؤوسيه وكيفية تعبيره عن رأيه أمام كل منهم، وما إذا كان «رومانسياً» تراوده أحلام يقظة، وما إذا كان يعتقد أن الآخرين يهتمون به أكثر مما يجب أو يتهامسون عليه، ودرجة ثقته بنفسه واعتماد الآخرين عليه أو اتكاله على الآخرين، ومدى رغبته بالاختلاط بالآخرين وبجذب اهتمامهم وبالتعاون معهم، ودرجة اهتمامه بالترتيب والكمال عند تنفيذ أعماله، والمشاعر الطاغية على حياته مثل الغضب أو الخجل وكيفية إظهاره لتلك المشاعر.

قد تكون بعض صفات الشخصية طاغيةً ومعوقةً على نحو يكفي للقول بوجود اضطراب الشخصية فيشخص ذلك على نحو مستقل عن تشخيص الاضطراب النفسي الراهن بحسب طريقة التشخيص متعدد المحاور، كما سيرد لاحقاً.

ثانياً- فحص الحالة العقلية:

ينتقل الطبيب كما في بقية الاختصاصات الطبية، بعد أخذ القصة المرضية إلى الفحص السريري، والفحص السريري في الطب النفسي هو فحص الحالة العقلية، فيتم خلال الفحص الطبي النفسي تقييم الحالة العقلية الراهنة للمريض تحت العناوين التالية:

١- المظهر والسلوك.

٢- المزاج والوجدان.

٣- الكلام والتفكير.

٤- اضطراب الإدراك والتجارب غير الطبيعية.

٥- الوظائف الاستعرافية العليا.

٦- البصيرة.

وللطبيب في هذا المجال ثلاث مهام: المهمة الأولى هي استكمال المعلومات الناقصة، ومع أن معظم المعلومات اللازمة لفحص الحالة العقلية تُجنى في أثناء أخذ القصة المرضية فإنه قد يجب استكمال هذه المعلومات أو التأكد منها بطرح أسئلة إضافية مثل «كيف يعاملك الناس؟» أو «كيف كانت مشاعرك في الأونة الأخيرة؟». المهمة الثانية هي إعطاء العلامات والأعراض التي يذكرها المريض أسماءً طبية نفسية، فتصريح المريض بأنه يشعر ببرودة تتحرك تحت جلد ذراعه الأيمن مثلاً يسمى هنا هَلَساً حسياً. المهمة الثالثة هي ترتيب الأعراض والعلامات تحت العناوين الواردة أعلاه، فقد ترد هذه الأعراض والعلامات على نحو فوضوي في أثناء الاستجواب مما يوجب ذكر كل منها في موضعه المناسب حين توثيق الفحص الطبي النفسي.

يعتمد فحص الحالة العقلية على حقيقة أن وظائف الإنسان العقلية تمنحه القدرة على التذكر والتخطيط والتوقع، مما يؤهله للقيام بعديد من المهام المعقدة، فيتمكن من إدراك ما يجري حوله، ومن خوض التجارب، ومن تفسير هذه التجارب في ضوء تجاربه السابقة، ومن التخطيط لأفعاله المستقبلية، ومن الانخراط بعلاقات اجتماعية حركية «دينامية» معقدة مع الآخرين، ومن التعبير عن أفكاره ومشاعره ومعتقداته وإيصالها إلى الآخرين، ومن تلقي أفكار الآخرين ومشاعرهم ومعتقداتهم. وقد تضطرب هذه الوظائف ولكن اضطرابها لا يتبع قاعدة الكل أو العدم، بل إن كثيراً من هذه الوظائف يبقى سليماً في معظم المرضى النفسيين، ففي حين تتضافر بعض الوظائف العقلية لأداء فعالية ما (مثل التعلم الذي يتطلب سلامة التركيز والذاكرة والإدراك البصري والسمعي)؛ فإن اختلال وظيفة عقلية لا يعني بالضرورة اضطراب غيرها من الوظائف العقلية، فاضطراب التفكير مثلاً لا يستدعي بالضرورة قصور الذاكرة أو خلل الحوافز، واضطراب المزاج لا يعني اضطراب الإدراك، ووجود أعراض نفسية صارخة - مثل الأهلاسات السمعية - لا يجعل المريض بالضرورة عاجزاً عن العناية بنفسه أو عن الدخول بنقاش ذكي، مما يجعل من الضروري دائماً استقصاء كل الوظائف العقلية عند كل مريض وعدم الاكتفاء بما يتكون لدى الطبيب من انطباعات عن المريض قد تكون خاطئة ومضللة للتشخيص.

١- المظهر والسلوك:

يبدأ فحص الحالة العقلية للمريض منذ لحظة تعرفه، إذ تجمع معلومات مهمة من تأمل المريض فحسب، فيقيِّم الطبيب أولاً مستوى وعي المريض ومدى إدراكه البيئة وتفاعله معها، ويصبح فحص الحالة العقلية صعباً وغير موثوق إذا كان مستوى وعي المريض منخفضاً. ثم تلاحظ ملابس المريض ومدى ملاءمتها للجو وللمناسبة، ونظافة شعره وذقنه ويديه، وتعابير وجهه ووضعة جسده، وما إذا كان مزيناً على نحو غير معتاد مثل نظارة شمسية ضمن الغرفة أو وردة في الشعر، أو إذا كان يحمل أشياء غريبة مثل مجلات قديمة أو خيوطاً ملونة. ويفيد التأمل أيضاً في ملاحظة نمطين من السلوك والنشاط الحركي وتوثيقهما، الأول هو الشذوذات الحركية البسيطة مثل الخزل paresis أو الرجفان أو الرنح ataxia أو الحركات الرقصية، والثاني هو السلوك

المعقد بوجهيه الشخصي والاجتماعي ثم تقيِّم درجة تعاون المريض مع الطبيب، وهل المريض بطيء أم مفرط النشاط، وهل يبادر بأي كلام أو سلوك عفوي، وهل تصرفاته مناسبة، وهل سلوكه هادف، وهل يتم المهام التي يبدأها أو يتركها غير مكتملة ليبدأ غيرها؟. يفيد ذلك في تقدير مستوى عناية المريض بنفسه أو إهمالها، وحالته المزاجية: فقد يكون إهمال النفس علامةً للفصام أو للتخلف العقلي، وفرط التبرج علامةً للهوس، والتجهم وحني الرأس والجذع للأمام علامةً للاكتئاب، والتململ وتوسع الحدقة علامةً للقلق، وجمود السحنة علامةً للباركنسونية الدوائية. ويفيد تأمل المريض كذلك في تقييم درجة حميمية العلاقة بين الطبيب والمريض ومدى إمكانية التواصل وبناء الثقة بينهما، فالتواصل مع مريض مسترخ ومنفتح أسهل بكثير من التواصل مع مريض حذر ومنغلق.

٢- المزاج mood والوجدان affect:

يشتمل الفحص الطبي النفسي على تقييم الحالة الانفعالية (أو العاطفية) للمريض، وتوصف هذه الحالة باستخدام مصطلحين هما المزاج والوجدان. يقصد بالمزاج الحالة الانفعالية الدائمة والطاغية أي الخبرة الانفعالية الشخصية المستمرة كما يصفها المريض، ويقصد بالوجدان مشاعر المريض الحالية كما يصفها هو أو كما يلاحظها الطبيب من مظهر المريض. ويعطي وصف المريض لمزاجه عادةً أفضلية على ما يلاحظه الطبيب عند توثيق الحالة المزاجية للمريض: فقد يبدو المريض مضطرباً وحزيناً ولكنه يقول إنه يشعر بالقلق، أو يبدو سعيداً ولكن يدعي أنه يائس. إذا توافق وصف المريض لمزاجه مع الوجدان الملاحظ يقال إن هذا الوجدان متوافق، أما إذا اختلفا فيقال إن الوجدان غير متوافق incongruent affect.

ينتبه الطبيب طوال فترة الفحص الطبي النفسي لوجدان المريض ولدرجة ثبات هذا الوجدان أو تقلبه ومدى مناسبته لموضوع الحديث وما يرافقه من تعابير وجهية وإيماءات وتواصل غير لفظي، ويستكمل هذا التقييم الموضوعي بسؤال المريض عن حالته المزاجية الطبيعية عندما كان سليماً وما طرأ عليها من تغيرات، وبتوثيق المزاج المعتاد للشخص قبل المرض، وهل كان ثابتاً أم متموجاً، وهل كان حساساً للمتغيرات البيئية. فالمزاج الطبيعي يبدي تذبذباً باتجاه الفرح أو الحزن يتناسب مع ما يمر به الشخص من تجارب وأحداث، فيفرح في المناسبات السعيدة ويحزن حين يسمع خبراً سيئاً، وينعدم هذا التذبذب عند بعض المرضى المصابين بتبلد أو تسطح المزاج فلا يرتكسون انفعالياً للأخبار السيئة ولا للأحداث السارة، وقد يصير التعبير الانفعالي عند مرضى آخرين معاكساً لما هو متوقع فيضحكون في أثناء التحدث عن أمور مأساوية مثلاً، ويقال إن لديهم مزاجاً لا ملائماً.

تطغى أحياناً على مزاج الشخص صفة غالبة فيتصف مزاجه بالقلق والخوف، أو بالنزق والغضب وسهولة الاستفزاز والهياج، ويكون المزاج مرتفعاً في حالة الشمق التي يشعر فيها المريض بفرط السعادة وبفرط الثقة بالنفس وبأفكار العظمة، ويكون المزاج اكتئابياً حين يشعر المريض بالحزن والبؤس الذي يرافقه في الحالات الشديدة اليأس والقنوط وفقد حس المتعة anhedonia، إذ يصرح المريض عادةً بأنه فقد الاهتمام بمصادر سعادته المعتادة، أو بأنه غير قادر على الشعور بالعواطف المعتادة ولاسيما السارة منها كاستجابة لما يعايشه من أحداث. ولابد دائماً من استقصاء الوظائف البيولوجية التي تضطرب عادةً في اضطرابات المزاج وهي النوم والشهية للطعام والرغبة الجنسية وسرعة الإصابة بالتعب وسهولة الاستفزاز، ولابد من سؤال المريض أخيراً عما إذا كانت قد راودته أي أفكار انتحارية.

٣- الكلام والتفكير:

الكلام هو شكل آخر من أشكال السلوك التي يمكن ملاحظتها مباشرةً، ويفيد الإصغاء إلى حديث الآخرين في معرفة ما يمرون به من تجارب عقلية. وعلى الطبيب توثيق كل من شكل الكلام ومحتواه، مع الانتباه لسرعة الكلام وللحنه ولارتفاعه، فيسجل مدى طلاقة حديث المريض، ودرجة انخفاض صوته أو ارتفاعه، وتغير نبرته أو ثباتها، ودرجة وضوح جريان الكلام وسهولته، فهل هناك تقطع أو توقف مفاجئ في جريان الكلام، أو تنقل قافز من موضوع إلى آخر، أو توقفات مديدة يبدو المريض في أثنائها وكأنه ينتقي إجابته بحذر، أو سيل لا ينتهي من كلمات يصعب تفسيرها (ضغط أفكار)، وهل يستطيع المريض إعطاء إجابات لفظية واضحة أم أنه يتفوه بالكثير من دون توصيل محتوى واضح؟

يفيد الإصغاء إلى كلام المريض، ودراسة ما ينتجه من خلال أشكال التعبير الأخرى مثل الكتابة والرسم، في معرفة شكل تفكيره ومحتواه.

أ- شكل التفكير: لما كان الكلام هو نتيجة التفكير فإن اضطراب الكلام يدل على اضطراب التفكير، وقد يعكس كلام المريض اضطراباً في شكل التفكير من دون اضطراب محتواه،

أو اضطراباً في محتوى التفكير من دون اضطراب شكله؛ فقد يجيب المريض على نحو فوضوي أو يتفوه بكثير من الكلام سليم التركيب وعديم المعنى. يشتمل اضطراب شكل التفكير على الإطناب والمماسية tangentiality وتطاير الأفكار وحركة الفارس knight move والسلطة الكلامية والمفردات المستجدة وشح الأفكار والتفكير الجامد والوظوب، وستعرف كل من هذه الاضطرابات في فقرة الأعراض والعلامات النفسية.

ب- محتوى التفكير: يتعرف الطبيب محتوى تفكير المريض طوال الوقت الذي يستغرقه لأخذ القصة المرضية، ويستكمل المعلومات الناقصة بطرح بعض الأسئلة المتعلقة مثلاً بالمشاكل التي تشغل تفكير المريض أو تثير قلقه حول ظروفه الحياتية الراهنة ومستقبله وماضيه، وبمدى شعوره بالأمان حين يكون وحده وحين يكون بصحبة آخرين، وعما إذا كانت مخاوفه تؤثر في نومه أو في مقدرته على التركيز. ويهتم الطبيب في هذا الجزء من فحص الحالة العقلية بما يحتويه تفكير المريض من اجترارات فكرية ووساوس وضلالات وأفكار مضخمة وغربة أفكار. فالاجترارات ruminations هي أفكار تشغل المريض على نحو متكرر وقد يكون محتواها سعيداً أو تكون اجترارات قلقية، وقد يجلبها المريض إلى وعيه ليناقشها على نحو مقصود، ولكنها تختلف عن الوساوس بأنها ليست مزعجة شخصياً للمريض. وقد تقود الوساوس إلى التفكير الوسواسي أو إلى الطقوس القَهْرِيَة والبطء الوسواسي [ر. فقرة الأعراض والعلامات النفسية].

قد يصرح المريض في أثناء الاستجواب بأفكار ومعتقدات غير طبيعية تتعلق إما بالبيئة المحيطة به (مثل الضلالات والأفكار المضخمة) وإما به ذاته (مثل غربة الأفكار). وتعرف الضلالات delusions على أنها معتقدات خاطئة وثابتة لا تتلاءم مع الخلفية الثقافية للمريض أو مستواه التعليمي وتستمر على الرغم من توضيح شكوك معقولة بصحتها أو تقديم براهين على ما يعاكسها، لذلك فإن الغاية من مناقشة الضلالات هي فقط استطلاع مدى تجذرها، فلا فائدة من محاولة اقناع المريض بعدم صحتها. ويجب الانتباه لأن بعض المعتقدات الثقافية المشتركة بين جماعات معينة قد تبدو غريبةً وثابتةً ولكن ذلك لا يجعلها ضلالات لأنها عامة يعتقد بها كل من حول المريض كجزء من ثقافتهم المحلية: مثل الاعتقاد بالجن أو بالسحر. أما الأفكار المضخمة overvalued ideas فهي أفكار ومعتقدات يحملها المريض بقوة ولكنها لا تبلغ شدة الضلالات من حيث درجة الاقتناع بها؛ فقد يعتقد المريض أن مخبراً يلاحقه ولكن عند مطالبته بتقديم برهان، على ذلك المعتقد قد يقر بأنه ليس لديه برهان وأن اعتقاده قد يكون خاطئاً. أما المريض المتوهم فيرفض مناقشة احتمال أن يكون اعتقاده خاطئاً أو يقدم براهين غير منطقية أو مزيفة.

يرمز مصطلح غربة الأفكار thought alienation إلى مجموعة ظواهر يشعر فيها المريض بأن أفكاره تحت سيطرة أو تأثير قوى خارجية؛ فالمريض المصاب بغرز الأفكار thought insertion يعتقد أن أفكاره لا تخصه بل هي غريبة عنه ومزروعة في رأسه بفعل شخص أو جماعة ما، ويعتقد المريض المصاب بسحب الأفكار thought withdrawal أن أفكاره قد استخلصت (أو سحبت) من وعيه بفعل جهة ما، ويشعر المريض في ظاهرة بث الأفكار thought broadcasting أن كل من حوله يعرفون أفكاره من دون أن يقولها لأنها تذاع أو تعبر إلى عقولهم مباشرةً أو لأن الآخرين يقرؤون أفكاره بوساطة اللاسلكي أو التخاطر أو غيره، ويشكو المريض في ظاهرة حصر التفكير من توقف تام لقطار أفكاره فيشعر بأن عقله قد أصبح فارغاً تماماً ولا يحتوي على أي أفكار واعية.

تمثل غربة الأفكار قسماً مهماً تشخيصياً مما يعرف باسم التجارب اللافاعلية passivity experiences، وهي مجموعة من التجارب غير الطبيعية يشعر فيها المريض بأن قوى خارجية لا يمكنه مقاومتها تتحكم به فتجعله يفكر بأفكار لم تخطر على باله، أو تمنحه أحاسيس لا يرغب بها، أو تدفعه إلى القيام بأعمال لا يريد القيام بها، وقد يطور المريض ضلالات ثانوية بهدف تفسير هذه التجارب، كأن يتوهم أنها نتيجة السحر أو الأشعة أو الأمواج الصوتية فيقال إن المريض مصاب بضلالات اللافاعلية delusions of passivity.

التفكير الانتحاري: الانتحار هو أحد أخطر عواقب الاضطرابات النفسية والوقاية منه ممكنة عادةً، إذ يفكر كثير من المرضى بالانتحار أو بإيذاء النفس من دون توجيه انتباه العاملين في الرعاية الصحية؛ فقد يخفي المريض خططه على نحو مقصود، أو يعتقد أنه من غير المناسب مناقشة المسألة في مكان طبي، أو يخشى العواقب السيئة مثل الوصمة الاجتماعية أو الاتهام بخرق المحرمات أو الأحكام القانونية. ولكن من الضروري سؤال كل المرضى عن هذا الموضوع، ويمكن للطبيب الوثوق من أن طرح الموضوع في مكان طبي لن يدفع المريض للانتحار، ومن أن المريض لن ينزعج إذا تم الاستفسار عن الأفكار الانتحارية على نحو لطيف ومتدرج: فيبدأ الطبيب بالسؤال عن نظرة المريض

للمستقبل، هل يرى أن له مستقبلاً؟ وهل المستقبل جيد أم سيء؟ وهل يعتقد المريض أنه سيشفى أم سيموت؟ وهل يفكر المريض بالموت، وكم يشغله هذا التفكير؟ وهل يبدو الموت حلاً للمعاناة والضيق الراهنين؟ وهل يعتقد المريض أن الأمور ستكون أسهل لأسرته لو كان ميتاً؟ وهل يعتقد المريض أنه يستحق أن يموت؟ وهل خاطر المريض بحياته عن طريق السياقة على نحو متهور أو قطع الشارع من دون انتباه مثلاً؟ وهل فكر بوسائل أو طرائق لإيذاء نفسه؟ وما هي الوسائل والطرائق التي فكر بها؟ وهل قام بأي تحضيرات للانتحار؟ وهل سبق له فعلاً إيذاء نفسه بأي طريقة، ولماذا؟.

٤- اضطرابات الإدراك perceptual abnormalities:

الإدراك هو فهم ما يردنا من تنبيهات عبر الحواس الخمس، وقد يختل الإدراك فيتعرض الشخص لتجارب غير طبيعية تتعلق بالبيئة الخارجية (مثل الانخداع والأهلاسات) أو تتعلق بجسم المريض (مثل الشعور بألم غير معلل أو تبدل الأحاسيس الجسدية). والانخداع illusion هو سوء تفسير لتنبيهات حسية موضوعية حين يوجد تنبيه حقيقي مثل الضجيج ولكننا نفسره على نحو خاطئ على أن أحداً ينادينا بالاسم، أو عندما نرى ظلالاً في مكان معتم فنعتقد أن شخصاً ما يقترب منا، ويزداد تواتر حدوث الانخداعات في البشر المعرضين للكرب، فقد تتعرض الزوجة المترملة حديثاً لانخداعات متكررة تتعلق بزوجها المتوفى كأن تشعر بحركته حولها. أما الأهلاسات hallucinations فهي تجارب حسية تحدث على الرغم من عدم وجود أي تنبيه حسي موضوعي، وهي تحدث والمريض مستيقظ تماماً، لذلك فهي لا تشتمل على الأحلام والكوابيس وغيرها من التجارب الحسية غير الطبيعية التي تحدث في أثناء النوم. والتجارب الأهلاسية مماثلة تماماً للأحاسيس الطبيعية؛ ويدركها المريض كما يدرك التنبيهات الحسية الحقيقية؛ فالأصوات الأهلاسية تسمع على أنها آتية من خارج رأس المريض وعبر أذنيه، وليس داخل الرأس، والأهلاسات البصرية هي تجارب خارج الجسم تدرك عبر العينين، وليست مجرد تخيلات بصرية. وقد تحدث الأهلاسات في أي من الحواس الخمس، فهناك أهلاسات حسية (أو لمسية) وأهلاسات شمية وأهلاسات ذوقية، ولكن الأكثر شيوعاً هي الأهلاسات السمعية والأهلاسات البصرية، وتثير الأهلاسات البصرية والشمية والحسية الشك بمرض جسدي عضوي عادةً، وإن كانت تشاهد أيضاً في الاضطرابات النفسية، أما الأهلاسات السمعية فهي إحدى العلامات الوصفية للاضطرابات الذهانية.

٥- الوظائف المعرفية العليا higher cognitive functions:

يتضمن الفحص الطبي النفسي المنوالي (الروتيني) تقييماً لوعي المريض وتوجهه وانتباهه وتركيزه وذاكرته قصيرة الأمد وطويلة الأمد، وتفحص وظائف دماغيه عليا أخرى حين الشك بمرض نفسي ذي منشأ عضوي. ومن الضروري تقييم مستوى وعي المريض في مطلع الفحص الطبي النفسي، فقد يكون المريض تام اليقظة أو يكون وعيه متغيماً على نحو خفيف أو شديد يبلغ درجة السبات العميق. ويرافق تغيم الوعي تشتت الانتباه وخلل التوجه والتركيز وصعوبة الحصول على أجوبة مناسبة من المريض، وقد يرافق الاضطرابات النفسية الذهول stupor وهو حالة يكون فيها المريض يقظاً ولكن صامتاً لا يتحرك ولا يستجيب. وبالطبع فإنه من غير الممكن فحص الوظائف الاستعرافية عند مريض غير واعٍ أو غير متجاوب، أما المريض المتجاوب فيفحص عنده أولاً التوجه orientation وهو إطلاع الشخص على مكانته في العالم الخارجي، ويفحص عادةً نسبةً إلى المكان (فيطلب الطبيب من المريض تسمية مكان وجوده في تلك اللحظة) وإلى الأشخاص (فيشير الطبيب إلى أحد أعضاء الفريق الطبي طالباً من المريض تسميته أو تحديد طبيعة عمله) وإلى الزمان (فيسأل الطبيبُ المريضَ عن اليوم والتاريخ والوقت)، مع الانتباه لخلفية المريض التعليمية والثقافية، فقد لا يكون لدى المريض اهتمام بالتاريخ مثلاً، وقد يكون عدم التوجه علامة لمتلازمة دماغية عضوية.

يتم بعد ذلك فحص كل من الانتباه والتركيز والذاكرة، واضطراب أي منها لابد من أن يلقي ظلالاً من الشك على كل ما يقدمه المريض من معلومات. الانتباه (ويسمى أحياناً الذاكرة الآنية أو ذاكرة العمل) هو الاحتفاظ بالمعلومات ريثما يتم استخدامها ثم نسيانها مباشرة، كما يحدث عندما نقرأ رقم هاتف وننساه من فور طلبه. ويفحص الانتباه بقراءة قائمة أشياء للمريض ومطالبته بتكرارها مباشرة، ومن المعتاد في هذا الفحص تقديم سلسلة من الأرقام بطول متزايد. ويتوقع من الشخص الطبيعي أن يتمكن من تكرار ستة أرقام بتسلسل سليم، ولكن ربما كان من الأنسب في المجتمع العربي استخدام قائمة من أسماء أشياء شائعة بالطريقة ذاتها. أما التركيز فهو المقدرة على معالجة معلومات تبقى في الوعي لفترة من الوقت، ويفحص عن طريق مطالبة المريض القيام بمسألة معقدة غير معتادة، مثل العد على نحو تراجعي من ١٠-١ إذا كان المريض متعلماً، أو سرد أسماء أيام الأسبوع أو أسماء الشهور على نحو عكسي، وتستخدم أحياناً مسائل أعقد مثل

العد التنازلي سبعة سبعة بدأً من الرقم ١٠٠ مع ملاحظة عدد الأخطاء التي يرتكبها المريض، ويختل كل من الانتباه والتركيز عادةً في الهذيان delirium.

تفحص بعد ذلك الذاكرة بشكليها قصير الأمد وطويل الأمد. يقصد بالذاكرة قصيرة الأمد المقدرة على تسجيل معلومات وحفظها وتذكرها بعد بعض الوقت، وتفحص عن طريق تزويد المريض بمعلومات جديدة عليه، مثل إعطائه اسماً وعنواناً أو قائمة من ثلاثة أو أربعة أشياء شائعة الاستعمال (مثل سيارة، جبنة، مشط)، ومطالبة المريض بتكرارها فوراً للتأكد من أنه سمعها جيداً، ثم يسأل عنها بعد بضع دقائق للتأكد من مقدرته على حفظ معلومات جديدة وعلى تذكرها، وطبعاً فإن ذلك غير لازم إذا كان التكرار الفوري للمعلومات الجديدة مختلاً. أما الذاكرة طويلة الأمد فليس من الضروري أن تكون مختلةً إذا كان كل من الانتباه والذاكرة قصيرة الأمد مختلين، لذلك من الضروري فحصها في كل مريض بسؤاله عن حوادث مهمة في ماضيه، مثل تاريخ زواجه إذا كان معروفاً للطبيب أو حوادث عامة مثل تاريخ الاستقلال، ويمكن أيضاً الاستفهام عن معارف عامة مثل أخبار البلد الراهنة. وخلل الذاكرة هو علامة واسمة للخرف، ولكنه قد يشاهد في حالات أخرى مثل الهذيان أو الاضطراب التفارقي dissociative disorder.

يضطرب كل من التوجه والانتباه والتركيز والذاكرة في كل الحالات المسببة لتغيم الوعي، أما في النساوة (فقدان الذاكرة) amnesia فتضطرب الذاكرة فقط. ففي متلازمة فيرنيكه - كورساكوف Wernicke-Korsakoff syndrome مثلاً، تختل الذاكرة القريبة وتحدث فجوات في الذاكرة البعيدة يحاول المريض ملأها بأحاديث مختلقه (تخريف أو تلفيق confabulation). ومن الظواهر التي لها علاقة باضطراب الذاكرة ظاهرة «سبقت رؤيته déjà vu» وفيها يعتقد المريض عند مواجهته لشخص أو موقف ما للمرة الأولى أنه قد سبق له مواجهة الشخص نفسه أو الموقف نفسه، ويحدث العكس في ظاهرة «لم ير سابقاً jamais vu» إذ يخفق المريض في التعرف على شخص أو موقف كان قد صادفه فعلاً في الماضي. تحدث كل من هاتين الظاهرتين في الصرع، كما تصادف ظاهرة «سبقت رؤيته» عند الأصحاء وفي الاضطرابات القلقية.

يشتمل الفحص الطبي النفسي أيضاً على فحص محاكمة judgment المريض ومقدرته على التفكير التجريدي، ويتم ذلك عن طريق سؤال المريض عن طريقة استجابته لظرف يوجب عليه اتخاذ قرار ما؛ مثل سؤاله ماذا يفعل إذا شم رائحة غاز في منزله، أو يطلب من المريض تفسير أمثال شائعة؛ فقد لا يميز مريض أن المقصود بالقول «الدم لا يصبح ماء» هو صلة القربى فيفسر ذلك اعتماداً على اختلاف لون الدم عن لون الماء، بل إن مريضاً أصر على أن هذا القول خاطئ لأنه عندما أصيب بالرعاف وغسل أنفه بالماء صار الدم ماءا.

يجب على الطبيب طوال الفحص الطبي النفسي البقاء متنبهاً لما قد يظهر على المريض من أعراض ذات منشأ عصبي مركزي مثل الحبسة والعمه واللاأدائية apraxia. والحُبسات aphasias هي اضطرابات في اللغة تنجم عادةً عن أذية بؤرية في قشرة الدماغ الجبهية نتيجة النشبة الدماغية مثلاً، وتكشف بملاحظة طلاقة كلام المريض ويفحص مقدرته على تسمية الأشياء وعلى فهم أوامر حركية بسيطة وتنفيذها. وهناك عدة أنواع للحبسة؛ ففي الحبسة التعبيرية (أو حبسة بروكا Broca s aphasia) لا يمكن للمريض التحدث بطلاقة ولا تسمية الأشياء على نحو صحيح، ولكن يمكنه فهم الأوامر الحركية وتنفيذها، في حين يتكلم المريض المصاب بالحبسة الاستقبالية (أو حبسة فيرنيكه Wernicke's aphasia) بطلاقة ولكن لا يمكنه فهم الكلام المسموع، وحديثه عادةً بلا مغزى ولا يمكنه تنفيذ أمر شفهي. والعمه agnosia هو عدم مقدرة المريض على تمييز الأشياء وتعريفها على نحو صحيح باستخدام حاسة البصر أو حاسة اللمس، وقد يترافق العمه والحبسة في أذيات قشرة الدماغ الجداري السائد dominant، ولكن قد يحدث أيضاً عند مصابين بأذيات قشرة الدماغ الجدارية غير السائدة. ويقصد باللاأدائية عدم مقدرة المريض على تنفيذ مهارات حركية مثل ارتداء الملابس على الرغم من عدم إصابته بالضعف العضلي أو بعدم التناسق الحركي، وتحدث اللاأدائية عادةً جزءاً من متلازمة الإهمال neglect syndrome في سياق إصابة قشرة الدماغ الجدارية غير السائدة أو نتيجة أذية قشرية دماغية شاملة وشديدة.

متلازمة غانسر Ganser syndrome هي اضطراب تفارقي نادر الحدوث كانت تصنف سابقاً على أنها تمارض أو اضطراب مفتعل، وتتألف من إجابة المريض عن الأسئلة إجابات طائشة أو خاطئة، وأحياناً مع أعراض تفارقية أخرى مثل الشرود أو النساوة أو أعراض تحويلية، وعادةً مع هلوسة بصرية كاذبة وانخفاض مستوى الوعي. يطلق على هذه المتلازمة أحياناً أسماء أخرى أشهرها «متلازمة الأجوبة التقريبية syndrome of approximate answers»، وذهان السجن prison psychosis»

لأنها تشاهد عادةً في المساجين إذ إنها قد تمثل محاولةً للحصول على رحمة حراس السجن وشفقتهم. تحدث هذه المتلازمة حين التعرض لكرب شديد، وفيها يعطي المريض أجوبة غير دقيقة لأسئلة بسيطة على نحو يبين أنه فهم السؤال بوضوح؛ مثل أن يسأل المريض «ما عدد أرجل القطة؟» فيجيب «ثلاث». وقد تحدث هذه المتلازمة في سياق اضطرابات نفسية أخرى.

كثيراً ما يستخدم «فحص الحالة العقلية الوجيز mini-mental state examination (MMSE)» في تقييم الوظائف الاستعرافية العليا على نحو سريع، ويفيد هذا الفحص بوصفه أداة نخل لكشف المرضى المصابين بخلل استعرافي، والذين يحتاجون إلى دراسة عصبية إضافية بالطرائق السريرية أو المخبرية أو الشعاعية بسبب احتمال إصابتهم بمرض في الجملة العصبية المركزية مثل داء ألزهايمر أو غيره. وقد طور هذا الفحص بإضافة بعض الأسئلة الموجهة لفحص وظائف استعرافية إضافية، والجدول (١) يبين النسخة المعدلة من فحص الحالة العقلية الوجيز.

يجب أخذ كل من عمر المريض ودرجة تعليمه بالحسبان حين تفسير نتائج هذا الفحص، ولكن - وعلى نحو عام - إذا كانت العلامة الكلية أقل من ٨٠ يجب أن تثير الشك بوجود خلل في الوظائف الاستعرافية يستوجب استقصاءات إضافية.

٦- البصيرة insight:

اضطراب البصيرة مظهر مهم للاضطراب النفسي لأنه يؤثر تأثيراً مهماً في تقبل المريض للتشخيص، وفي تعاونه مع الخطة العلاجية. والبصيرة هي إدراك المريض وفهمه وتقبله لاضطرابه، ويمكن تقييمها بالاستفسار عن الأمور الثلاثة التالية: أولاً: هل يقبل المريض رأي الطبيب بأنه ليس سليماً وبأن أعراضه غير طبيعية؟ ثانياً: هل يتقبل المريض أنه مصاب باضطراب نفسي أم يفسر أعراضه على أنها نتيجة اضطراب جسدي؟ ثالثاً: هل يوافق المريض على أنه بحاجة للعلاج وهل يتقبل العلاج الطبي النفسي؟.

التقييم الجسدي:

يحتاج كل المرضى النفسيين إلى تقييم طبي جسدي كامل، فكثير من المرضى المراجعين بشكاوى نفسية هم في الحقيقة مصابون باضطرابات جسدية. لذلك وإضافةً إلى ضرورة أخذ قصة مرضية طبية كاملة وضرورة استعراض أجهزة الجسم كافة كما ورد أعلاه، يجب فحص كل المرضى فحصاً جسدياً يغطي كل أجهزة الجسم مع تركيز الانتباه على تغذية المريض وعلى ما يبديه من أعراض وعلامات عصبية أو قلبية أو وعائية أو استقلابية، وتطلب الاستقصاءات المخبرية والشعاعية الملائمة لموجودات الفحص الطبي وللتشخيص التفريقي المحتمل، علماً بأنه لا توجد استقصاءات متوالية (روتينية) في الطب النفسي، ولكن قد تطلب بعض الاستقصاءات لنفي تشخيص محتمل أو تأكيده.

تلخيص الحالة ومناقشتها مع المريض:

من المفيد بعد الانتهاء من الفحص الطبي النفسي تلخيص موجودات القصة المرضية وفحص الحالة العقلية والتقييم الجسدي بهدف جمعها في متلازمة من أعراض وعلامات توجه نحو وضع تشخيص تفريقي يشتمل على كل الاحتمالات التشخيصية الممكنة، ثم تقارن هذه المتلازمة بالشروط التشخيصية لكل من الاضطرابات الممكنة من أجل التوصل إلى تشخيص مرجح. ويفضل دائماً التوصل إلى التشخيص المرجح لأسباب إيجابية عن طريق تمييز إصابة المريض بأعراض الاضطراب النفسي المشخص وعلاماته، وليس لأسباب سلبية عن طريق استبعاد تشخيصات أخرى. وينصح بتوزيع مشاكل المريض على خمسة محاور تشخيصية هي:

- المحور الأول: وتوضع عليه الاضطرابات الطبية النفسية التي يعانيها المريض.
- المحور الثاني: وتقدر عليه درجة ذكاء المريض وصفات شخصيته واضطراباتها.
- المحور الثالث: وتسجل عليه الأمراض الجسدية العضوية التي يعانيها المريض.
- المحور الرابع: وتسجل عليه الكروب الراهنة التي تزعج المريض.
- المحور الخامس: ويقدر عليه أداء المريض في السنة الماضية بنسبة مئوية عما كان معتاداً عليه.

ويمكن استكمال التشخيص الطبي النفسي بتوقع العوامل التي ربما كانت سبباً في حدوث الاضطراب النفسي المشخص، وبسرد المشاكل الظرفية التي يعانيها المريض حالياً ضمن عائلته أو في مدرسته أو مكان عمله، كما تسرد مشاكله الاقتصادية أو القانونية أو الثقافية أو الشخصية، وتحدد شدة الإعاقات المرافقة الموجودة حالياً في مجال العناية بالذات والأداء المهني والأسري والاجتماعي، إضافةً إلى تحديد نوعية حياته حالياً وذكر ما يملكه المريض من نقاط قوة قد تحسن إنذار اضطرابه النفسي (مثل البصيرة الجيدة وتوافر الدعم الأسري والاجتماعي، ونضوج الشخصية مثلاً)،

الجدول (١) فحص الحالة العقلية الوجيز المعدل modified mini-mental state (3MS) examination			
الوظيفة المفحوصة	**الأسئلة**		**العلامة**
الذاكرة البعيدة	في أي عام وأي شهر وأي يوم ولدت؟ (علامة واحدة لكل إجابة صحيحة)	العام	٥
		الشهر	
		اليوم	
	في أي مدينة وأي محافظة ولدت؟ (علامة واحدة لكل إجابة صحيحة)	المدينة	
		المحافظة	
تسجيل المعلومات	يذكر الفاحص ثلاث كلمات غير مترابطة بمعدل واحدة كل ثانية (قميص، اخلاص، عنب) ويطلب من المريض تكرارها. تعطى علامة واحدة لكل كلمة تكرر على نحو صحيح. يمكن تكرار المحاولة ٦ مرات، فإذا لم يكررها المريض فإنه لن يتذكرها لاحقاً.	قميص	٣
		اخلاص	
		عنب	
التركيز	عد من ١ إلى ٥، (وبعد أن يفعل ذلك) والآن عد من ٥ إلى ١		٢
	قم بتهجئة كلمة «بستان» من نهايتها إلى بدايتها (محاولة واحدة لا تكرر. تعطى علامة لكل حرف تتم تهجئته بتسلسل صحيح).	(ن)	٥
		(ا)	
		(ت)	
		(س)	
		(ب)	
التذكر الأول	هل تذكر الكلمات الثلاثة التي طلبت منك تكرارها قبل قليل؟ (يسأل حتى لو لم يكرر المريض ذكر الكلمات في عقب السؤال الأول. تعطى علامة واحدة لكل تسمية يتذكرها المريض).	قميص	٩
		اخلاص	
		عنب	
التوجه الزماني (٣ علامات لكل إجابة صحيحة)	في أي سنة (أو عام) نحن الآن؟		١٥
	في أي فصل من فصول السنة؟		
	في أي شهر؟		
	في أي يوم من أيام الأسبوع؟		
	ما هو تاريخ اليوم؟		
التوجه المكاني (علامة لكل إجابة صحيحة)	أين نحن الآن؟ ما هو هذا المبنى؟		٥
	في أي محافظة نحن؟		
	في أي مدينة؟		
	في أي حي من المدينة؟		
	في أي طابق من المبنى؟		

تتمة الجدول (١)

الوظيفة المفحوصة	الأسئلة		العلامة
التسمية	ما اسم هذا الشيء؟ (يشير الفاحص إلى خمسة أشياء أو أعضاء من جسمه ويطلب منه تسميتهما. تعطى علامة لكل تسمية صحيحة).	قلم	٥
		ساعة	
		كتف	
		أنف	
		اصبع	
الطلاقة	عدد أسماء حيوانات لها أربع أرجل (تعطي علامة لكل تسمية، والعلامة العظمى ١٠. يوقف بعد ٣٠ ثانية)		١٠
التشابه (علامتان لكل إجابة صحيحة)	ما هو الشبه بين الذراع والساق؟		٦
	ما هو الشبه بين الضحك والبكاء؟		
	ما هو الشبه بين الأكل والنوم؟		
التكرار	كرر هذه الجملة: «لا إلا مع إذا نعم» (أو: هو يريد أن يذهب إلى البيت)		٥
القراءة	يعرض الفاحص ورقة مكتوب عليها «أغمض عينيك» ويلاحظ تنفيذه للأمر. إذا لم ينفذ الأمر، يطلب منه أن يقرأه جهاراً.		٣
الكتابة	اكتب الجملة: « هو يريد أن يذهب إلى البيت»		٥
الرسم (الإدراك الفراغي البصري)	يعرض الفاحص شكل مخمسين متداخلين ويطلب من المريض نسخ هذا الشكل		١٠
تنفيذ أمر من ثلاث مراحل	خذ الورقة من على الطاولة بيدك اليسرى، اطوها، ثم أعطني إياها (علامة لكل مرحلة تنفذ على نحو صحيح).	أخذ الورقة	٣
		طي الورقة	
		إعطاء الورقة	
التذكر الثاني	هل تذكر الكلمات الثلاثة التي طلبت منك تكرارها قبل قليل؟ (يسأل بعد دقائق من السؤال الأول، ويسأل حتى لو لم يكرر المريض ذكر الكلمات في عقب السؤال الأول. تعطى علامة واحدة لكل تسمية يتذكرها المريض).	قميص	٩
		إخلاص	
		عنب	
العلامة الكلية			١٠٠

وينتهي التشخيص إلى ذكر إنذار الاضطراب النفسي وتوقعات المريض وأهله ومن ثم صياغة خطة التدبير والعلاج. ولابد من التذكير بأن التقييم والتشخيص الصحيحين هما أساس العلاج المناسب، لذلك فقد يكون تأخير اعتماد التشخيص النهائي بسبب نقص المعلومات أفضل من وضع تشخيص متسرع وغير مسند إلى معلومات كافية. فقد

يصعب أحياناً التوصل إلى تشخيص وحيد مرجح للحالة بنهاية الفحص الطبي النفسي لأن الطبيب لم يتمكن إلا من استبعاد بعض الاضطرابات مع بقاء احتمال تشخيص عدة اضطرابات ممكنة ومع صعوبة ترجيح أحدها على الآخر مع استنفاذ كل مصادر المعلومات المتوافرة؛ فيوضع حينها تشخيص تفريقي يشمل عدداً من الاضطرابات النفسية بانتظار الحصول على معلومات إضافية أو إجراء استقصاءات أو اختبارات تفيد في تأكيد بعض هذه الاضطرابات أو نفيها وقد يتضمن ذلك مقابلة أقرباء المريض أو أصدقائه، أو إجراء تقييم إضافي في العيادة أو في المستشفى، أو اللجوء إلى القياس النفسي، أو طلب بعض الفحوص المخبرية أو الشعاعية.

حين التوصل إلى تشخيص نهائي يدعم هذا الاستنتاج بما في سجل الحالة من عوامل قد تكون هي سبب الاضطراب النفسي، إذ يُعتقد أن الاضطرابات النفسية هي نتيجة تفاعل أسباب بيولوجية وأسباب نفسية وأخرى اجتماعية، فقد يكون الشخص مؤهباً وراثياً للإصابة بالاكتئاب بسبب وجود قصة عائلية للاكتئاب، ولكنه قد لا يعاني الاكتئاب إلا بعد تعرضه لكرب نفسي (مثل وفاة أحد المقربين منه) أو لضغط اجتماعي (مثل فقد عمله)، يضاف إلى ذلك أن الإصابة باضطراب نفسي تتعلق أيضاً بطرائق تأقلم الشخص مع الكرب وبما تعرض له سابقاً من فقد ونبذ. لذلك فإن العوامل السببية المحتملة تصنف عادةً إلى عوامل مؤهبة predisposing للاضطراب النفسي (مثل الوراثة والأمراض الجسدية) وعوامل مثيرة precipitating للاضطراب النفسي (مثل الحداد أو تعاطي العقاقير) وعوامل مثبتة maintaining للاضطراب النفسي (مثل عدم العلاج أو الألم المستمر أو محدودية الدعم الاجتماعي).

ومن المهم في هذا الصدد الاتفاق مع المريض على فهم مشترك لحالته، فمن غير المتوقع نجاح أي تداخل علاجي إذا كانت الهوة بين تشخيص الطبيب ورأي المريض شديدة الاتساع؛ فللمريض أثر أساسي في تنفيذ الخطة العلاجية، فهو من سيلتزم بتناول الدواء وبتنفيذ برنامج العلاج السلوكي مثلاً، لذلك فعلى الطبيب التأكد من كسب ثقة المريض وتزويده بما يلزم من دعم وتشجيع، كما أن عليه تلخيص فهمه للحالة مزوداً المريض ببعض المعلومات عن التشخيص المرجح وأسبابه ومعالجته وإنذاره، ثم يمنح المريض فرصة لإبداء رأيه بغية الاتفاق على خطة علاجية مناسبة. وبالطبع فإن التوصل إلى اتفاق قد لا يكون ممكناً في بعض الحالات مما قد يتطلب تحديد موعد لمقابلة إضافية، أو البحث عن بعض القواسم المشتركة؛ فقد لا يقتنع المريض بأنه لا يوجد إرهابيون يسلطون أشعة مؤذية عليه، ولكنه قد يوافق على أن ما يحدث له قد أثر في أدائه المهني، وربما اقتنع مريض يرفض أن يقال عنه إنه مصاب بالفصام بأن المشكلة لا تكمن في التشخيص وتسمية المرض بل في سماع الأصوات التي تأمره بقتل نفسه. ويبقى بعض المرضى معدومي البصيرة رافضين أي تداخل علاجي، مما قد يوجب اللجوء إلى إجراءات قانونية لعلاجهم على نحو قسري، ولاسيما إذا كانوا يشكلون خطراً على أنفسهم أو على الآخرين.

تتضمن الخطة العلاجية في الطب النفسي عادةً تداخلات آنية، مثل التدبير الإسعافي لمريض يفكر بالانتحار أو مصاب بالهياج، وتداخلات مديدة تهدف إلى تحسين حالة المريض والمحافظة على تحسنها فترة تطول أو تقصر اعتماداً على التاريخ الطبيعي لسير كل اضطراب نفسي؛ فقد يجب العلاج طوال العمر في الفصام مثلاً. وتشتمل الخطة العلاجية عادةً على مشاركة ثلاثة أنواع من المداخلات: مداخلات دوائية ومداخلات علاجية نفسية ومداخلات اجتماعية؛ فتوصف الأدوية المناسبة في الوقت الذي تتم فيه إحالة المريض لتلقي العلاج النفسي المناسب، مثل العلاج السلوكي الاستعرافي، ولتأمين الدعم الاجتماعي اللازم، كالحصول على مساعدة مالية والتشجيع على إشغال أوقات الفراغ والخروج من العزلة الاجتماعية. ويجب توثيق الإنذار أو المآل المتوقع لحالة المريض، والاستجابة المتوقعة للتداخلات العلاجية، والعوامل التي قد تؤثر في فعالية هذه التداخلات على المدى الطويل. ويستفاد عند وضع الخطة العلاجية في كثير من الدول من أدوات القياس النفسي، ومن المقاربة متعددة الاختصاصات التي تفيد في تقييم أداء المريض في ظروف اجتماعية متنوعة لتحديد مقدرته على رعاية نفسه وعلى القيام بما يجب عليه القيام به من أعمال ومهام.

القياس في الطب النفسي measurement in psychiatry:

الطب علم كمي كما هو فن نوعي، ويمكن لمعظم الاختصاصات الطبية إجراء قياسات كمية توضح مظاهر مهمة من الاضطرابات التي تتخصص بها، مثل معدل النبض وضغط الدم وتخطيط القلب الكهربائي وتخطيط صدى القلب في اختصاص الأمراض القلبية. وقد حاول الطب النفسي في السنوات الأخيرة تطوير طرائق مماثلة لقياس مظاهر نوعية للاضطرابات النفسية، فابتدعت أدوات

تستخدم على نحو رئيس في البحث العلمي ولكن يستفاد من بعضها في ظروف سريرية نوعية أيضاً. والأدوات النفسية هي مقابلات بنيوية وسلالم قياس مصممة لقياس ظواهر نفسية متنوعة مثل أعراض اضطراب نفسي ما وعلاماته، أو مستويات أو أنماط سلوك ما، وقد يصمم بعضها بغية تأكيد تشخيص معين، في حين يستخدم آخر لنخل أعداد كبيرة من الناس للتعرف على الأشخاص الذين ربما كانت لديهم «حالة» نفسية يحتمل تأكيد تشخيصها إذا خضعوا لتقييم أعمق وأشمل.

تقيم بعض الأدوات النفسية السلوك الاجتماعي أو العدواني، أو المقدرة على رعاية النفس، ويتضمن كل منها تحويلاً للمعلومات السريرية الكيفية إلى بيانات كمية (أو رقمية) تقاس على نحو فئوي categorical أو باستخدام سُلَّم مَرْتَبِيّ ordinal؛ يسمح القياس الفئوي بترتيب المعلومات السريرية ضمن فئات منفصلة مثل «حزين» أو «غير حزين» وتعطى علامة «١» مثلاً لفئة «حزين» وعلامة «٢» لفئة «غير حزين». ويستخدم سلم مرتبي عندما يتوافر أساس منطقي لترتيب الفئات على نحو واضح اعتماداً على شدة الأعراض مثلاً، فيمكن حينها استخدام فئات للحزن متزايدة الشدة مثل «غير حزين» و«حزين قليلاً» و«بالتأكيد حزين» و«حزين جداً»، وتعطى هذه الفئات علامات متدرجة تبدأ بـ «٠» لفئة «غير حزين» وتتدرج عبر «١» لفئة «حزين قليلاً و«٢» لفئة «بالتأكيد حزين» إلى «٣» لفئة «حزين جداً». فإذا احتوى مقياس الاكتئاب على عشرين سؤالاً يتعلق كل منها بأحد أعراض الاكتئاب، وكان لكل سؤال أربع إجابات ممكنة تتدرج علامة كل منها من «٠» إلى «٣»، فإن الشخص الذي لا يعاني أي عرض للاكتئاب سيأخذ علامة «٠» على كل من الأسئلة العشرين وسيكون مجموع علاماته «٠»، في حين سيأخذ المريض الذي يعاني أشدَّ درجات أعراض الاكتئاب علامة «٣» على كل سؤال وسيكون مجموع علاماته ٦٠، وتحدد على مثل هذا المقياس نقطة فصل cut-off point للتفريق بين الشخص «الطبيعي» والشخص «غير الطبيعي»، فيقال مثلاً إن من يحصل على علامة تقل عن ٢٠ هو شخص غير مصاب بالاكتئاب، وإن من يحصل على علامة ٢٠ أو أكثر هو شخص مصاب بالاكتئاب، ويتم تحديد نقطة الفصل المثالية لكل مقياس اعتماداً على دراسة حساسية المقياس ونوعيته في عدة مجموعات من البشر بهدف تخفيف معدلات الإيجابية الكاذبة والسلبية الكاذبة. ويجدر التنبيه لأن البيانات الرقمية المشتقة من أدوات القياس النفسي تختلف عن مثيلاتها في الطب الجسدي، فالبيانات الطبية المعتادة (مثل الحرارة ومعدل النبض) تقاس على سلم نسبي مشترك؛ فمعدل نبض ١١٢ هو تماماً ضعف معدل نبض ٥٦، أما البيانات النفسية فليس لها هذه الدقة الحسابية، وإذا حصل مريض على علامة ٢٤ على المقياس المستخدم في المثال أعلاه، وجمع مريض آخر ١٢ علامة على المقياس ذاته، فإن ذلك لا يعني أن اكتئاب المريض الأول يعادل ضعف اكتئاب المريض الثاني، بل يعني فقط أن المريض الأول هو أكثر اكتئاباً من المريض الثاني.

يفيد استخدام الأدوات النفسية في أثناء الممارسة السريرية اليومية في قياس شدة الاضطراب النفسي عند مقابلة المريض للمرة الأولى، ويفيد تكرار هذا القياس لاحقاً في قياس مدى تحسن المريض كمياً ومدى استجابته للعلاج، ويطبق بعض هذه الأدوات من قبل فاحص مدرب في حين يطبق بعضها الآخر من قبل المريض نفسه. ومن الأمثلة على الأدوات التي تطبق من قبل فاحص: مقياس أعراض الفصام الايجابية والسلبية Positive and Negative Symptom Scale ومقياس ييل براون للوسواس القَهْرِيّ Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale ومقياس هاملتون للاكتئاب Hamilton Depression Scale ومقياس هاملتون للقلق Hamilton Anxiety Scale (الجدول رقم٢)، ومن الأمثلة على الأدوات التي يطبقها المريض على نفسه قائمة أعراض الاكتئاب التي وصفها Beck (Beck Depression Inventory) ومقياس أدنبره للاكتئاب التالي للولادة Edinburgh Postnatal Depression Scale (الجدول رقم٣).

مقياس أدنبرة للاكتئاب التالي للولادة

المقاربة متعددة الاختصاصات multidisciplinary approach:

لقد أصبحت المقاربة متعددة الاختصاص للتقييم (والعلاج) في الطب النفسي إجراءً منوالياً في أجزاء عديدة من العالم، إذ تنفذها فرق طبية نفسية مؤلفة من أعضاء مختصين بطيف من المهن المختلفة؛ فقد تشتمل مثلاً على مختصين بالتمريض النفسي وبعلم النفس وبإعادة التأهيل إضافةً إلى الأطباء النفسيين. ولكن فكرة الفريق الطبي النفسي متعدد الاختصاصات لم تنتشر بعد في البلاد العربية على نحو عام وفي سورية على نحو خاص، كما أن توافر الموارد البشرية اللازمة لتكوين الفريق الطبي النفسي متعدد الاختصاصات ما زال محدوداً في هذه البلاد. ومع ذلك فإنه من الضروري أن يحافظ كلٌ من يتعامل مع المرضى

تعليمات للفاحص: ضع بجانب كل عبارة إحدى الخيارات الخمسة التالية:
٠ = لا يوجد
١ = يوجد على نحو خفيف
٢ = يوجد على نحو معتدل
٣ = يوجد على نحو شديد
٤ = يوجد على نحو شديد جداً ويسبب إعاقة بادية للعيان

الأعراض والعلامات	العلامة
المزاج القلق (مخاوف، توقع الأسوأ، خوف الاقدام، الهيوجية)	
التوتر (الشعور بالتوتر، سرعة التعب، استجابة الذهول، سهولة البكاء، الارتعاش، تململ، صعوبة الاسترخاء)	
المخاوف (من الظلام أو من الغرباء أو من البقاء وحيداً أو من الحيوانات أو من وسائط السفر أو من الازدحام)	
الأرق (صعوبة بدء النوم أو تقطع النوم أو النوم غير المريح والشعور بالتعب عند الاستيقاظ أو الأحلام أو الكوابيس أو الرعب الليلي)	
فكرياً: صعوبة التركيز أو ضعف الذاكرة	
المزاج الاكتئابي (فقد الاهتمام أو عدم التمتع بالهوايات أو الاكتئاب أو الاستيقاظ الصباحي المبكر أو تغيرات المزاج اليومية)	
أعراض جسدية (عضلية): آلام وأوجاع أو نفضات أو صلابة أو صك (كَزّ) الأسنان أو عدم ثبات الصوت أو اشتداد المقوية العضلية	
أعراض جسدية (حسية): طنين الأذنين أو تشوش الرؤية أو هبات ساخنة وباردة أو شعور بالضعف أو شعور بالوخز	
أعراض قلبية وعائية (خفقان أو تسرع القلب أو ألم الصدر أو نبضان العروق أو الشعور بقرب الاغماء أو تنهد أو زلة تنفسية)	
أعراض تنفسية (ضغط على الصدر أو حس اختناق أو تنهد أو زلة تنفسية)	
أعراض هضمية (صعوبة بلع، غازات، ألم بطني، تخمة (حس امتلاء البطن)، غثيان، قُيَاء، قرقرة أمعاء، ليونة أمعاء، امساك، نقص وزن الجسم)	
أعراض بولية تناسلية (زحير بولي أو تواتر بيلات أو انقطاع طمث أو نزف طمثي أو ظهور برودة جنسية عند النساء أو قذف مبكر أو فقد رغبة جنسية أو عنانة عند الرجال)	
أعراض ودية (جفاف الفم أو احمرار الوجه أو شحوب أو تعرق أو دوخة أو صداع توتري)	
السلوك في أثناء المقابلة (لعب بالأصابع أو تململ أو رجفان اليدين أو تقطيب الحاجبين أو توتر تعابير الوجه أو تنهد أو تنفس سريع أو شحوب الوجه أو حركات بلع وغيرها من مظاهر القلق)	
العلامة الكلية	

الجدول (٢) مقياس هاملتون للقلق

النفسيين على فكرة المقاربة متعددة الاختصاصات: فمن غير المنطقي أن يستمر الطبيب بتقديم كل الخدمات والعلاجات الطبية النفسية منفرداً، كما لو كان جراحاً يجري عملياته الجراحية من دون مساعدة طبيب التخدير وممرضة العمليات وغيرهما. لذلك من الضروري أن يتعرف الطبيب على ما هو متوافر حوله من مهارات مهنية تفيده وتفيد مرضاه، وأن يستخدمها لخدمة مرضاه، وأن يطور صلاته ببقية العاملين في الرعاية الصحية النفسية لتحسين مجال المهارات المتوافرة: فأساس المقاربة متعددة الاختصاصات هو تنوع المهن والمهارات وليس مجرد تكوين فريق الطب النفسي،

الجدول (٣)

تعليمات للمريضة: بما أنك قد ولدت مؤخراً، يهمنا أن نعرف كيف تشعرين الآن. الرجاء وضع خط تحت العبارة الأقرب لمشاعرك خلال الأسبوع الماضي (وليس فقط اليوم).

و المثال التالي يوضح المطلوب:

شعرت بالفرح

نعم طيلة الوقت

<u>نعم معظم الوقت</u>

كلا ليس على نحو متكرر

كلا إطلاقاً

يعني تسطير عبارة «نعم معظم الوقت» أنك كنت تشعرين بالفرح معظم الوقت خلال الأسبوع الماضي. يرجى إتمام الأسئلة التالية بالطريقة ذاتها.

١. كنت قادرةً على الضحك ورؤية الوجه الهزلي للأمور

بالطريقة ذاتها التي أفعل بها ذلك دائماً

أقل مما أنا معتادة عليه

بالتأكيد أقل كثيراً من المعتاد

كلا إطلاقاً

٢. توقعت الأمور بسعادة ومتعة

كما أفعل دائماً

أقل قليلاً مما أنا معتادة عليه

بالتأكيد أقل مما أنا معتادة عليه

كلا إطلاقاً

*** ٣. لمت نفسي بلا مبرر على بعض الأخطاء**

نعم معظم الوقت

نعم لبعض الوقت

كلا ليس على نحو متكرر

كلا أبداً

٤. شعرت بالقلق والمخاوف من دون سبب وجيه

كلا إطلاقاً

نوعاً ما

نعم أحياناً

نعم على نحو متكرر جداً

*** ٥. شعرت بالخوف أو بالهلع من دون سبب وجيه**

نعم على نحو متكرر

نعم أحياناً

كلا ليس كثيراً

كلا أبداً

*** ٦. شعرت بأنني عدت لا أتحمل ما يحدث حولي**

نعم، عدت لا أستطع التأقلم أبداً

نعم، عدت لا أتأقلم على النحو المعتاد أحياناً

كلا استطعت التأقلم على نحو جيد معظم الوقت

كلا ما زلت أتأقلم كما هي عادتي دائماً

*** ٧. كنت حزينة على نحو جعل النوم صعباً**

نعم معظم الوقت

نعم أحياناً

كلا ليس على نحو متكرر

كلا إطلاقاً

تتمة الجدول (٣)

*** ٨. شعرت بالحزن والتعاسة**
نعم معظم الوقت
نعم على نحو متكرر
كلا ليس على نحو متكرر
كلا أبداً
*** ٩. شعرت بالحزن إلى درجة البكاء**
نعم معظم الوقت
نعم على نحو متكرر
أحياناً
كلا أبداً
*** ١٠. خطر ببالي أن أؤذي نفسي**
نعم على نحو متكرر
أحياناً
قليلاً جداً
كلا أبداً

مجموع العلامات:
تعطى علامات متدرجة من ٠ إلى ١ و٢ و٣ بحسب شدة العرض. ويُعكَس ترتيب العلامات بالنسبة إلى الأسئلة المعلمة بنجمة (*) فتعطى علامة ٣ أو ٢ أو ١ أو ٠، وتحسب العلامة الكلية بجمع علامات الأسئلة العشرة.
يُطبَق هذا المقياس في الشهر الثاني أو الثالث بعد الولادة، وتقع نقطة الفصل بين العلامتين ١٢ و١٣، فالسيدة التي تجمع ١٣ علامة أو أكثر تحتاج إلى تقييم إضافي لأنها قد تكون مصابة بالاكتئاب.

فقد يستفيد المرضى من التقييم النفساني والتقييم التمريضي وتقييم إعادة التأهيل والتقييم الاجتماعي حتى لو لم يتمتع المختصون بهذه التقييمات رسمياً بعضوية فريق طبي نفسي. يمكن الاستفادة من التقييم النفساني psychological assessment بطريقتين: الأولى هي تقييم سلوك المريض وشخصيته قبل وضع خطة العلاج، والثانية هي التقييم الكمي للوظائف مثل قياس الذكاء، وهذه القياسات هي أكثر تعقيداً من التقييم السريري ولكنها تمتاز منه بأنها تقدم وصفاً أكثر تفصيلاً لمشكلة ما، كما تقدم خط بدء موثوقاً تقاس عليه الاستجابة للخطة العلاجية في المستقبل. وللفريق التمريضي شأن مهم في تقييم المرضى، فهم الأقرب والأكثر تواصلاً مع المرضى المقبولين في المستشفى مما يضعهم في موقع مثالي لتوثيق ملاحظات مهمة عن أداء المريض؛ فيمكنهم مثلاً تقييم صحة المريض الجسدية وعلاماته الحيوية ووظائف جسمه مثل شهيته للطعام ونومه ومستوى حيويته ومبادرته وتفاعله الاجتماعي، وموقعهم هذا مثالي أيضاً لرصد استجابة المريض للعلاج ولكشف حدوث أي مشاكل إضافية أو تأثيرات جانبية، كما أن فرق التمريض في العيادات الخارجية، وفي التمريض المجتمعي على نحو خاص، هي في موقع مميز لتقييم أسرة المريض ومجتمعه وما تحتويه الأسرة والمجتمع من عوامل ربما كان لها شأن في إحداث الاضطراب النفسي أو في وضع خطة العلاج الطبية النفسية الاجتماعية. وعلى نحو مماثل فإن لفرق إعادة التأهيل أيضاً شأناً مهماً في تقييم المريض النفسي، وشأنها هو تقييم الخلل الوظيفي عند المريض، وتقييم إمكاناته المتبقية، وتحديد مهاراته التي يجب تقويتها أو تطويرها بغية تضخيم مقدرة المريض على عيش حياة مستقرة ومستقلة، وتتضمن المناطق المهمة من الأداء الشخصي التي تهتم بها فرق إعادة التأهيل مقدرة المريض على القيام بالأعمال المنزلية وعلى الاهتمام بنفسه (مثل الاغتسال والطبخ وضبط المصروف) ومهاراته الاجتماعية (مثل مقدرته على التعبير عن نفسه ومهاراته غير اللفظية) ومهاراته المتعلقة بالعمل (مثل إمكانية الالتزام بالمواعيد ومهارات الفنون اليدوية النوعية). أخيراً فإن للعاملين في مجال الخدمة الاجتماعية أيضاً أثراً ربما ساهم مساهمةً مهمة في تقييم المرضى المصابين بالاضطرابات النفسية؛ فمهما كانت طبيعة تدربهم ووظيفتهم الإدارية، يمكنهم القيام بتقييم نافع لظروف المريض المنزلية ولعلاقاته

الأسرية والاجتماعية ولما يواجهه من مشاكل في المدرسة أو في العمل ولما يلزمه من دعم مالي، بل إن لهم أثراً علاجياً أيضاً في بعض البلدان.

تسجيل الملاحظات (توثيق الفحص):

يبذل الطبيب الكثير من الوقت والجهد في إجراء الفحص الطبي النفسي الشامل، ويجب ألا يضطر إلى تكرار بذل ذلك الجهد كلما راجعه المريض. لذلك من الضروري حفظ سجل لموجودات الفحص الطبي النفسي يوثق نتائج الفحص الطبي النفسي والخطة العلاجية التي تم الاتفاق عليها مع المريض، ويميز بوضوح بين المعلومات المستقاة من المريض نفسه وبين المعلومات المجموعة من مصادر أخرى.

يستفيد من توثيق الفحص الطبي النفسي الطبيب الذي سيتابع المريض في المستقبل، ويستفيد منه أيضاً الأطباء المناوبون حين يراجع المريض على نحو إسعافي أو خارج أوقات الدوام الرسمي، كما أنه مفيد لبقية فرق الرعاية الصحية النفسية التي قد تجري تقييمات إضافية لحالة المريض، إضافةً إلى أن للسجلات السريرية النفسية أهمية قانونية: فقد يتورط مريض نفسي بأفعال توصله إلى المحاكم، أو يحاول الانتحار، أو يسعى أهله إلى الحجر عليه فيطلب القاضي الاطّلاع على سجله الطبي النفسي.

ينتج من توثيق الفحص الطبي النفسي سجل دائم لما تم عمله (ولما لم يعمل) في حينه، وقد يضطر إلى مراجعة هذا السجل بعد سنوات عديدة من قبل أطباء جدد في المستشفى أو من قبل قضاة أو غيرهم، لذلك فإن التوثيق يجب أن يكون شاملاً وواضحاً، فالسجل غير الدقيق أو غير الكامل أو غير المقروء هو على الأقل عديم الفائدة، وقد يكون خطراً في بعض الأحوال. ينصح عادةً بمحاولة جعل الفحص الطبي النفسي كاملاً عن طريق استخدام استمارة مسبقة التصميم كإطار بنيوي واضح يساعد على تذكر تفاصيل ذلك الفحص كافة، ويوضح النواقص التي لم تتم تغطيتها في أثناء الفحص، ويسهل استخدام المعلومات من قبل الآخرين. والشكلان (١- أ و١- ب) يوضح الاستمارة المعتمدة من قبل المجلس العلمي لاختصاص الطب النفسي في وزارة الصحة في الجمهورية العربية السورية.

الأعراض والعلامات النفسية:

يبدأ جمع الأعراض والعلامات النفسية منذ لحظة معرفة المريض، فقد يستدل على حالة المريض المزاجية من تعابير وجهه ووضعته وحركته: فالمريض المصاب بالهوس يكون مفرط الحركة ويقوم بأي تصرف يخطر له من دون رادع أو وازع، في حين يجلس المريض المصاب بالاكتئاب بسكون تام مع ظهر منحن ونظرة مركزه على الأرض عادةً. ولكن هناك حالات من الاكتئاب يعاني فيها المريض الهياج والارتعاش فلا يستطيع الاستقرار في مكان واحد. ويجب تفريق ذلك عن التململ (أو تعذر الجلوس) akathisia المشاهد عادةً نتيجة التأثير الجانبي للأدوية المضادة للذهان. ونادراً ما تشاهد اضطرابات سلوكية حركية تصادف عادةً في الفصام وتعرف بالجامود catatonia: وتتضمن المحافظة على وضعات جسمية غريبة وغير مريحة (مثل النوم على وسادة وهمية أو ترك الذراع مرفوعة لفترة طويلة جداً من الوقت)، كما تتضمن أنماطاً سلوكية غريبة مثل الذهول stupor والإثارة excitement والنمطية stereotypy (وهي حركات متكررة لا هدف لها قد تتكرر على نحو منتظم، كتأرجح الجسم) والتصنع mannerism (وهي حركات متكررة يبدو ظاهرياً أن لها معنى، مثل التحية) والمُعانَدَة negativism (وهي أن يفعل المريض عكس ما يطلب منه مقاوماً الجهد المبذول لثنيه عن ذلك) والإطاعة الآلية automatic obedience (إذ يستمر المريض بتنفيذ تعليمات الطبيب على الرغم من أمره بالتوقف عن ذلك) والأداء الصَدَويّ echopraxia (وفيه يقلد المريض كل حركات الطبيب على الرغم من الأمر بألا يفعل ذلك).

وفي حين يعرف معظم الأطباء أن أسماء الأعراض والعلامات المرضية الجسدية، مثل ألم خناقي أو نفخة انقباضية: هي مصطلحات لها تعاريف دقيقة ودلالات تشخيصية فإن معرفتهم بتعاريف الأعراض والعلامات المرضية النفسية ودلالاتها لا ترقى إلى ذلك المستوى، فتراهم يستخدمون مصطلحات مثل وسواس أو هلوسة على نحو لا يمت إلى معناها الحقيقي بصلة، لذلك كان من الضروري أن يشمل هذا الفصل التعريف بالأعراض والعلامات النفسية مع العلم أنه لن يكون شاملاً، فقد تم التعريف ببعض الأعراض والعلامات المرضية النفسية في أثناء مناقشة الفحص الطبي النفسي، وسيتم التعريف ببعض الأعراض والعلامات المميزة لاضطرابات نفسية محددة في الأبحاث المخصصة لتلك الاضطرابات. وتتضمن الفقرة التالية تعريفاً بأعراض وعلامات يصعب على الأطباء عادةً تمييزها، وتشاهد في اضطرابات نفسية مختلفة سيتم شرح كل منها في البحث المخصص له.

سنستعرض في الفقرة التالية بعض الأعراض والعلامات مرتبةً بحسب الوظيفة العقلية المضطربة بدأً باضطرابات المزاج ومروراً باضطرابات الإدراك وانتهاءً باضطرابات التفكير.

استمارة الفحص الطبي النفسي :

التاريخ :

التعريف الشخصي بالمريض :

الاسم: العمر: الجنس: العمل:

الوضع العائلي: عدد الأولاد: عنوان السكن ورقم الهاتف :

سبب الإحالة النفسية ومصدر المعلومات

الشكوى الرئيسية

تاريخ المرض الراهن

السوابق الطبية النفسية

السوابق الطبية الجسدية

السوابق الطبية النفسية العائلية

....

....

التاريخ الشخصي :

القصة العائلية والعلاقات ضمن الأسرة

الحمل والولادة والتطور الروحي الحركي

المدرسة والعمل

العلاقات الاجتماعية والجنسية الشخصية قبل المرض

....

....

فحص الحالة العقلية الراهنة:

المظهر والسلوك

الكلام

المزاج والوجدان

محتوى الأفكار

اضطراب الإدراك والتجارب غير الطبيعية

الوظائف الاستعرافية العليا

البصيرة

....

.... الفحص الجسدي

النبض الضغط: الحرارة :

الجهاز العصبي

الصدر والبطن

....

.... التشخيص التفريقي :

....

.... التشخيص المرجح متعدد المحاور

المحور		رمز ICD 10
الاضطرابات النفسية		
الذكاء والشخصية		
الأمراض العضوية		
الكروب الراهنة		
الأداء خلال السنة الماضية		

الشكل (١ - ١) الاستمارة المعتمدة من قبل المجلس العلمي لاختصاص الطب النفسي في وزارة الصحة في الجمهورية العربية السورية.

الأسباب الإمراضية المحتملة

عوامل مؤهبة ....

عوامل مثيرة ....

عوامل مثبتة ....

....

....

المشاكل الظرفية المرافقة

مجال المشكلة		الرمز
ضمن العائلة / المنزل		
في مجال التعليم /العمل		
اقتصادية / قانونية		
ثقافية /بيئية		
شخصية		

الإعاقات المرافقة الموجودة حالياً

		درجة الإعاقة					
		٠ معدومة	١ خفيفة	٢ متوسطة	٣ شديدة	٤ هائلة	غ غير محددة
أ	العناية بالذات						
ب	مهنياً						
ت	أسرياً						
ث	اجتماعياً						

نوعية الحياة الحالية (تحدد من قبل المريض كيفياً أو باستخدام المقياس التالي بوضع إشارة على الخط بين صفر ويعني سيء و ١٠ وتعني ممتاز)

٠ ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠

نقاط قوة المريض (العوامل الإيجابية في حالة هذا المريض)

....

....

الإنذار وتوقعات المريض وأهله

....

....

خطة التدبير والعلاج

التاريخ	المشكلة السريرية	التداخل العلاجي	المتابعة

اسم وتوقيع الطبيب

الشكل (١ - ب) الاستمارة المعتمدة من قبل المجلس العلمي لاختصاص الطب النفسي في وزارة الصحة في الجمهورية العربية السورية.

أولاً- اضطرابات المزاج:

يضطرب المزاج mood في العديد من الحالات المرضية النفسية كالاكتئاب والهوس والقلق والفصام والذهانات العضوية. وقد يأخذ اضطراب المزاج أحد ثلاثة أشكال: فقد تتبدل طبيعة المزاج، أو تتسارع تقلباته، أو يكون غير ملائم لأقوال المريض وأفعاله أو لما يحدث حوله.

تبدلات طبيعة المزاج: قد تتبدل طبيعة المزاج إلى الاكتئاب أو الشمق أو القلق. وتستخدم كلمة اكتئاب depression بأحد معنيين: فهي تستخدم للدلالة على انخفاض المزاج والشعور بالحزن والسوداوية، كما تستخدم للدلالة على الاضطراب الاكتئابي الذي يشتمل على انخفاض المزاج إضافةً إلى أعراض أخرى مثل عدم القدرة على التمتع ونقص الحيوية ونقص الشهية للطعام واضطراب النوم وانعدام الرغبة الجنسية. أما الشمق euphoria (أو الزهو elation) فهو شعور شخصي بارتفاع المزاج وبحيوية مفرطة قد ترافق فرط النشاط الحركي وعدم التثبيط الاجتماعي والسلوك المتهور. والقلق anxiety هو شعور غير منطقي وغير مبرر بالخوف يرافقه عادةً أعراض جسدية فيزيولوجية مثل الخفقان وعسر التنفس والارتعاش والغثيان وفرط التهوية، وهناك حالات خاصة من القلق هي الرهابات. والرهاب phobia هو خوف شديد من شيء أو فعل أو مكان محدد يحاول المريض تجنبه، والخوف هنا غير عقلاني لأنه لا يتناسب ودرجة الخطر الحقيقي، ويدرك المريض أن خوفه مضخم ولكنه لا يستطيع السيطرة عليه، ومن الأشياء التي قد تسبب الرهاب: الحشرات والعقارب وبعض الحيوانات كالقطط والكلاب، وبعض الظواهر الطبيعية كالظلام والبرق. أما الأماكن المسببة للرهاب فتتضمن المناطق المزدحمة والمناطق الفسيحة (رهاب الميادين agoraphobia) ورهاب الأماكن المغلقة claustrophobia (مثل المصعد) والأماكن المرتفعة.

تبدلات تقلب المزاج: يتقلب المزاج الطبيعي باستمرار ليساير مع ما في الحياة اليومية من مسرات ومنغصات، وقد يصبح هذا التقلب مفرطاً أو ناقصاً في بعض الاضطرابات النفسية: ففي حالة المزاج المقلقل labile mood تصبح تقلبات المزاج سريعة ومفاجئة وعنيفة بين انفعالات مختلفة ومتناقضة أحياناً، فقد يقهقه المريض فرحاً لثوانٍ قبل أن يبدأ البكاء بحرقة. وتنقص تقلبات المزاج الطبيعية في حالة المزاج المسطح blunted affect، وقد يبلغ هذا النقص درجةً شديدة يفقد فيها المريض عواطفه وقدرته على الارتكاس الانفعالي على نحو كامل فيقال إنه مصاب باللامبالاة (أو فُتُور الشُّعُوْر apathy): فلا يشعر بالحزن لخبر وفاة والده مثلاً ولا بالفرح لزواج ابنه. وينعكس التعبير الانفعالي في حالة المزاج اللا ملائم inconsistent mood إذ يتناسب المزاج والتعبير الانفعالي عادةً مع كلام الشخص وأفعاله والظروف المحيطة به، وينعدم هذا التناسب حين يكون المزاج لا ملائماً، فيضحك المريض في أثناء الحديث عن وفاة شخص عزيز عليه مثلاً.

ثانياً- اضطرابات الإدراك:

الحواس الخمس هي النافذة التي يطل منها العقل الواعي على العالم المادي الخارجي الموضوعي، والإدراك perception هو معرفة العالم الخارجي عن طريق تفسير التنبيهات الحسية الواردة عبر مختلف طرائق أعضاء الحس وفهمها على نحو يمكن مثلاً من استيعاب خواص الأشياء مثل ألوانها وأشكالها وأبعادها ورائحتها وصوتها وطعمها، وقد يضطرب الإدراك كمياً أو نوعياً.

اضطرابات الإدراك الكمية: هي اضطراب شدة الإدراك زيادةً أو نقصاً، فالشخص القلق والمتوتر مثلاً يدرك المنبهات الحسية العادية على أنها مشتدة إلى درجة الإزعاج فيصعب عليه تحمل الأصوات والأضواء ويميل إلى عزل نفسه في مكان خفيف الإضاءة بعيداً عن ضجيج أولاده. وتزداد شدة الإدراك بكل الحواس عند المرضى في أثناء هجمة الهوس mania فتبدو لهم الدنيا زاهية الألوان ومليئة بكل ما هو سار، في حين تخف شدة الإدراك عند المرضى في أثناء هجمة الاكتئاب فتبدو لهم الدنيا بلا ألوان ويصلهم الصراخ وكأنه صوت عادي الارتفاع.

اضطرابات الإدراك النوعية: قد تضطرب نوعية الإدراك فيمر الشخص بتجارب غير طبيعية تشمل الانخداع والأهلاسات وتبدد الشخصية والغربة عن الواقع.

الانخداع illusion: هو إدراك خاطئ لتنبيه حقيقي ينجم عن سوء تفسير تنبيه حسي لإحدى الحواس الخمس، ويحدث عادةً حين تكون شدة التنبيه الحسي منخفضة على نحو عام، وقد يكون الانخداع بصرياً أو سمعياً أو شمياً أو ذوقياً أو لمسياً، والأكثر شيوعاً هو الانخداع البصري والانخداع السمعي. وقد يحدث الانخداع عند البشر الأسوياء في ظروف معينة مثل وجود الشخص في حديقة سيئة الإنارة فيدرك ظل شجرة على أنه شخص يتحرك في الظلام. وقد يكون الانخداع فيزيائياً أو فيزيولوجياً أو انفعالياً. يتبع الانخداع الفيزيائي بعض قوانين الطبيعة مثلما يحدث عند وضع قلم في كأس ماء فيبدو الجزء المغمور من القلم أقرب

إلى سطح الماء مما هو عليه حقيقةً ومثلما يحدث في ظاهرة السراب التي يتعرض لها المسافرون في الصحراء. وينجم الانخداع الفيزيولوجي عن ظرف يوجد فيه الشخص، كالوجود على ظهر باخرة تهتز، واستمرار الشعور باهتزاز الأرض تحت قدميه بعد النزول إلى اليابسة. أما الانخداع الانفعالي فيرافق حالات نفسية مثل الخوف والفزع، فقد يدرك الشخص الخائف صوت تنفسه على أنه صادر عن حيوان مفترس، أو يدرك صوت خشخشة النقود في جيبه على أنها شخص يلاحقه. يزداد حدوث الانخداعات في سياق الاضطرابات النفسية التي يرافقها انخفاض درجة الوعي مثل الهذيان، بما فيه الهذيان الارتعاشي الكحولي. وتمتاز الانخداعات المشاهدة في سياق هذه الاضطرابات عن الانخداع المشاهد عند الأسوياء بأنها ثابتة ومتعددة ومتكررة، وبأن المريض يرتكس لها فيتصرف وكأنها أمر واقع: فقد يحاول مريض مصاب بالهذيان التالي لترفع حروري شديد؛ التقاط حشرات غير موجودة على سرير المستشفى.

الهلوسة hallucination: هي إدراك خاطئ لتنبيه لا وجود له على الإطلاق عبر إحدى الحواس الخمس، وهي إدراك كاذب لأنها إدراك حسي كامل (و ليس مجرد تخيل) غير مثار بتنبيه خارجي (و ليس مجرد سوء تفسير لتنبيه ما) ولا يمكن للمريض التحكم به إرادياً، بل يستقبله بمواصفات التنبيه الخارجي المماثل نفسه، وقد يستقبله جنباً إلى جنب مع منبهات حسية حقيقيه. تحدث الهلوسة في معظم الحالات تلقائياً ومن دون أي مثيرات، ولكن هناك نوع قليل الحدوث نسبياً من الهلوسة هو الهلوسة الانعكاسية reflex hallucination يرافق فيه تنبيه حاسة ما أهلاسات في حاسة أخرى: فقد يسمع المريض معزوفةً موسيقية فيرى الفرقة التي تعزفها. وقد تكون الهلوسة الانعكاسية ناجمةً عن منبه إهلاسي، فتثير الأهلاسات السمعية (سماع صوت رجل مثلاً) هلساً بصرياً مرافقاً (رؤية ذلك الرجل).

نادراً ما تحدث الأهلاسات على نحو عابر عند أشخاص أسوياء نفسياً يمرون بظروف محددة مثل التعب الشديد، ولحظة الدخول بالنوم (هلوسة تنويمية hypnogenic hallucination)، ولحظة الاستيقاظ (هلوسة الصحو hypnopompic hallucination). فقد يسمع الشخص صوتاً يناديه بالاسم، أو تتراءى له صورة ما عندما يكون مرهقاً أو في اللحظة الفاصلة بين اليقظة والنوم في بداية نومه أو في نهايته. وتصنف الأهلاسات بحسب درجة تعقيدها إلى أهلاسات بسيطة مثل سماع ضجيج، وأهلاسات مركبة مثل سماع نقاش أو الإحساس بشيء يمشي على البطن. كما تصنف الأهلاسات بحسب طبيعتها الحواسية إلى أهلاسات شمية وأهلاسات ذوقية وأهلاسات حسية وأهلاسات بصرية وأهلاسات سمعية. الأهلاسات الشمية هي شم روائح لا وجود لها وكريهة عادةً، مثل شم رائحة غاز أو مطاط يحترق أو بيض فاسد. والأهلاسات الذوقية هي الشعور بطعم سيء أو فاسد مثل طعم الصدأ أو المواد المعقمة من دون وجود أي مصدر لذلك الطعم. أما الأهلاسات الحسية فهي الشعور بأشياء لا وجود لها على سطح الجلد أو تحت الجلد، كالإحساس بحشرات تمشي على الجلد أو تحته، وقد تنبع الأهلاسات الحسية من داخل الصدر أو البطن أو الرأس أو الأطراف فيطلق عليها اسم «أهلاسات حشوية» وهي أهلاسات قد يصعب تمييزها من سوء تفسير المريض لأحاسيس جسدية طبيعية، ولكنها قد تكون أحياناً واضحةً وغريبةً مثل الشعور بأحاسيس جنسية نوعية أو الإحساس بأفعى تتحرك في جوف البطن أو الشعور بفقاعة هوائية ضمن الرأس يتغير موقعها بتغير وضعة الرأس.

إن الأهلاسات الأهم تشخيصياً هي الأهلاسات البصرية والسمعية. تتضمن الأهلاسات البصرية البسيطة رؤية ومضات أو خطوط أو بقع أو نقط مضيئة أو هالات عابرة، أما الأهلاسات البصرية المركبة فهي رؤية أشكال كاملة أو ناقصة، مشوهة أو واضحة المعالم، كأشكال البشر أو الحيوانات أو الحشرات أو أشياء لا وجود لها على الإطلاق، وقد تكون هذه الأشياء متحركة أو ثابتة، دائمة أو عابرة، ملونة أو بالأبيض والأسود، وقد تكون مخيفة للمريض أو سارة، كما قد تكون مملوءة بالحياة وكأنها فصل من مسرحية فيه أشخاص يتحركون ويتفاعلون بعضهم مع بعض. ويتأثر تفسير هذه الأهلاسات بالثقافة المحلية، فيعتقد بعض المرضى أنهم يرون الجن مثلاً. وقد يأتي هذا التفسير بإيحاء من معالج شعبي يراجعه المريض. هذا وقد تحدث الأهلاسات البصرية خارج مجال الرؤية وكأن للمريض عيناً في قفا رأسه، كما قد يرى المريض أحد أعضاء جسده مفصولاً عنه ويتحرك لوحده، أو يرى شخصاً آخر يشبهه تماماً فيما يعرف بهلوسة رؤية الذات.

تشتمل الأهلاسات السمعية البسيطة على سماع صوت نقر أو صرير أو صفير أو ضجيج أو أصوات لا يتمكن المريض من تمييزها وفهمها، أما الأهلاسات السمعية المركبة فهي سماع أصوات كاملة وواضحة يفهمها المريض ويمكنه وصفها، كأن يسمع صوت عزف موسيقي، أو صوت شخص واحد، أو

أصوات عدة أشخاص تخاطب المريض أو تعلق على تصرفاته أو تتحدث فيما بينها عن المريض أو عن أمور أخرى. فإذا خاطبت الأصوات المريض مباشرة بالذم والشتم والتهديد عادةً؛ تسمى أهلاسات الشخص الثاني (أو أهلاسات الشخص المخاطب)، وإذا تحدثت الأصوات بعضها مع بعض وكأن المريض غائب تسمى أهلاسات الشخص الثالث (أو أهلاسات الشخص الغائب)، وتشتق هذه التسميات مما هو متعارف عليه لغوياً إذ الشخص الأول هو المتكلم، والشخص الثاني هو المخاطب، والشخص الثالث هو الغائب. قد تصف الأصوات الأهلاسية كل ما يقوم به المريض آنياً على نحو مستمر، وكأنها تعلق على مباراة بكرة القدم (تعليق مستمر running commentary)، أو تقول بصوت مرتفع أفكار المريض لحظة تفكيره بها (صدى الأفكار thought echo)، أو تطلب من المريض القيام بفعل ما قد يكون خطراً مثل أمره بالانتحار أو بالقتل (أهلاسات آمرة command hallucinations)، وقد يكون محتوى الأهلاسات السمعية متفقاً مع الحالة المزاجية (كأن يسمع مريض مكتئب صوتاً يخبره بأنه مصاب بمرض عضال أو بأنه مذنب بشدة ويستحق الموت، أو أن يسمع مريض مصاب بالهوس أصواتاً تخبره عن حسن حظه وثرواته وقواه الخارقة) أو تكون الأهلاسات السمعية غير متفقة non-congruent مع المزاج.

يقال أحياناً إن الأهلاسات السمعية حقيقية عندما تأتي الأصوات من خارج جسم المريض فيتمكن من تحديد جهة قدومها وعدد المتكلمين وأجناسهم وأعمارهم، ويرتكس لها كما لو كانت أمراً واقعاً، ويقال إن الأهلاسات السمعية كاذبة عندما تأتي الأصوات من داخل جسم المريض: من داخل رأسه أو من بطنه مثلاً.

تبدد الشخصية depersonalization والغربة عن الواقع derealization: تبدد الشخصية هو اضطراب إدراك المريض نفسَه، ويرافق عادةً الغربة عن الواقع وهي اضطراب ادراك المريض للعالم حوله. وتبدد الشخصية والغربة عن الواقع هما من أكثر الأعراض النفسية قساوةً وازعاجاً بسبب صعوبة التعبير عنهما ووصفهما من قبل المصاب بهما. فقد يعبر المريض عن تبدد الشخصية بقوله إنه يشعر أنه غريب عن نفسه، أو بأنه كأنما يعيش حلماً، أو يقول «أنا لست أنا» مع معرفته التامة بنفسه. وقد يعبر المريض عن الغربة عن الواقع بقوله إن العالم يبدو باهتاً لا حياة فيه، أو يبدو صغيراً وبعيداً وكأن المريض يراه من خلال منظار، أو يبدو وكأنه مغشى بضباب أو بزجاج سميك. وقد يشتمل تبدد الشخصية على اضطراب إدراك الشخص لأعضاء جسده، فيرى أن إحدى يديه أكبر من اليد الأخرى، أو أن رأسه من الضخامة بحيث أنه لا يمكنه الخروج من الباب، أو أن حجم جسمه ضئيل إلى درجة يمكنه المرور من تحت الباب.

يحدث تبدد الشخصية والغربة عن الواقع عند الأشخاص الأسوياء في حالات معينة، مثل الارهاق والحرمان من النوم لعدة أيام وتناول بعض الأدوية، ويستمران عدة دقائق، كما قد يحدثان في سياق اضطرابات نفسية متنوعة إذ تعتمد قيمتهما التشخيصية على ما يرافقهما من أعراض وعلامات.

ثالثاً- اضطرابات التفكير:

يوجه التفكير حياة الإنسان وسلوكه، ويعد أرقى الوظائف العقلية لأنه يعمل على تجريد المدركات الشكلية الجامدة باستخدام الفهم والمحاكمة والتحليل والتركيب والاستنتاج، ويمكن دراسة تفكير المريض بدراسة منتجاته الفكرية التي تتضمن الرسم والنحت والتأليف الموسيقي والكتابة، ولكن المعتاد هو دراسة كلام المريض لأنه الطريقة الرئيسة في التعبير عن الأفكار التي يتم تحويلها إلى كلمات وجمل مترابطة باستخدام قواعد لغوية سليمة.

تصاغ الأفكار بجمل متتابعة تتلاحق بسرعة معقولة ويكون لكل منها شكل قواعدي صحيح ومحتوى فكري مفهوم، ويعكس الكلام جريان التفكير وشكله ومحتواه، وجريان التفكير هو كمية الأفكار في الذهن وعددها وسرعة تتابعها، أما شكل التفكير فهو كيفية صياغة الأفكار بكلمات وجمل وربطها بعضها ببعض، ويمثل مضمون تلك الأفكار ومعناه محتوى التفكير، وتشتمل اضطرابات التفكير على اضطراب جريان التفكير أو صورته أو محتواه.

اضطراب جريان التفكير: قد يتسارع جريان التفكير أو يتباطأ، ففي ضغط الأفكار pressure of thoughts يتسارع جريان الأفكار وينتقل المريض من فكرة إلى أخرى بسرعة مع المحافظة على سلامة قواعد اللغة، أما في بطء التفكير فيصبح تتالي الأفكار صعباً وينقضي وقت أطول من المعتاد بين الكلمة والكلمة وبين الجملة والجملة، ويعاني الطبيب في حالة ضغط الأفكار صعوبة في متابعة غزارة حديث مريض مصاب بهجمة هوسية ومتابعة سرعته، في حين قد يشعر بالملل من بطء تفكير مريض مصاب بهجمة اكتئابية وبطء حديثه.

يحدث أحياناً أن ينقطع جريان الحديث فجأةً والأشكال الخفيفة من هذه الظاهرة شائعة عند الناس الطبيعيين

ولاسيما عقب التعب أو التوتر، أما الأشكال الشديدة التي ينقطع فيها جريان الأفكار على نحو تام وفجائي فتعرف باسم حَصَر الأفكار thought blocking وتحدث عادةً في الفصام إذ قد يصف المريض هذه الظاهرة على أنها تفريغ تام ومفاجئ لعقله، وقد يفسرها تفسيراً غير معتاد كأن يدعي أنه قد تمت إزالة أفكاره بوساطة آلة أو بفعل عدو ما.

اضطرابات شكل التفكير: يظهر الكلام في المحادثة الطبيعية جرياناً واضح الترابط لأفكار تفضي إلى نتيجة ملائمة وذات معنى، وقد تضيع غاية التفكير هذه في حالات اضطراب التفكير نتيجة اضطراب خفيف أو شديد في بنية التفكير أو شكله أو حدثيته. فالإطناب (أو الإسهاب circumstantiality) (أو تراخي الترابط loosening of associations) هو تراخ جزئي في المنطق الطبيعي وفي الروابط المفهومة بين الأفكار في حدثية التفكير، لذلك فإن حديث المريض قد يحوم حول المغزى المقصود أو يتضمن موادَّ هامشية للموضوع المبحوث قبل توصيل الفكرة في النهاية، فما إن يبدأ المريض بالكلام حتى يسترسل ويدخل بتفاصيل غير مهمة ولكنه يصل في النهاية إلى الجواب المطلوب، ويكون تراخي ترابط الأفكار أشد وضوحاً في المماسية tangentiality فينتقل المريض بعيداً عن الموضوع البدئي ليبدأ بالكلام عن موضوع آخر من دون التوصل إلى الإجابة المطلوبة، ولكن مع المحافظة على قواعد اللغة ومع إمكانية تتبع جريان الأفكار بسبب استمرار وجود بعض روابط سخيفة وغير ذات معنى بين الأفكار المتتابعة. أما تطاير أو تَشارُدُ الأفكار flight of ideas فهو الصورة الأكثر تطرفاً لاضطراب التفكير ويتصف بقفزات واسعة في جريان التفكير مع المحافظة على قواعد اللغة، فينتقل الحديث بسرعة إلى فكرة جديدة قبل الانتهاء من الفكرة الراهنة، ولكن يلاحظ عادةً نوع من الترابط الواهن بين الفكرة الجديدة والفكرة التي تسبقها، وقد يكون هذا الترابط تَلاحُناً clang associations (إذ تستخدم كلمات متشابهة لفظياً) أو من نوع التورية punning (وهي التلاعب بالألفاظ أو تكرار استخدام كلمة ذات معنيين مختلفين) أو السجع rhyming. ومن الأمثلة على تَشارُد الأفكار قول مريض عمره ٢٠ سنة ومصاب بهجمة هوسية: «أنا سعيد جداً جداً very very happy أتقن سبع لغات إنكليزي عربي فرنسي إيطالي ألماني صيني ياباني أنا النبي نصر عندي قدرات خارقة أستطيع جر شاحنة بحبل وضعي في العمل جيد جداً عضلاتي قوية جداً حتى أن عندي قدرة أكشف فيها الجواسيس سأتجوز أربع نساء وقد أصبحت منذ البارحة غنياً وأنا أعزف وألعب طابة». يلاحظ في حديث هذا المريض بعض الترابط بين الكلام باللغة الإنكليزية والانتقال للحديث عن اللغات، وبين ادعاء النبوة والقدرات الخارقة وبين الحديث عما يمكنه فعله، وينعدم هذا الترابط الواهن في تفكير حركة الفارس knight move (أو الخروج عن الخط derailment) فيقفز المريض من موضوع لآخر من دون أي رابط بين الموضوعين، ويصبح حديثه مبهماً ومؤلفاً من جمل معزولة وغير مترابطة ولكنها صحيحة قواعدياً. أخيراً قد يؤدي اضطراب التفكير إلى فقدان تام لقواعد اللغة فينعدم الترابط حتى ضمن الجملة الواحدة ويصبح الكلام مختلاً على نحو يجعل من المستحيل متابعته أو فهمه فيطلق عليه اسم سَلَطة كلامية word salad (أو ثَرثَرَة هَذَيانِيَّة verbigeration)؛ فقد كتب أحد المرضى مثلاً: «أوصيكم بتقوى وزارة الدفاع وهو الذي فيها سبع بحرات من الخط العربي بؤرة ممارسة معاني الثوم الخياط معشار ما أقول»، وقد يرافق مثل هذا الحديث استخدام مفردات مستجدة neologisms وهي كلمات غريبة يبدو أن المريض يخترعها تلقائياً ويستعملها في كلامه ليعبر بها عن معنى لا يعرفه أحد غيره، أو كلمات يبدّلها المريض أو يعطيها معاني جديدة أو يستبدل بها كلمات مشابهة لفظياً. وبالطبع فإن الطبيب لا يمكن أن يعد أي كلمة لم يسمع بها سابقاً مفردةً مستجدة؛ فقد تكون تلك الكلمة شائعةً في ثقافة المريض المحلية، مما يوجب الاستفسار عنها من أشخاص ينتمون إلى ثقافة المريض مثلاً، أخبر مريض طبيبه بأنه سيحشو ملابسه بغازيات وينفذ عملية انتحارية في الجولان المحتل. وقد كانت كلمة «غازيات» جديدة على الطبيب وعلى بقية أعضاء الفريق الطبي فاعتقدوا للوهلة الأولى أنها مفردة مستجدة اخترعها المريض، ولكن اتضح من والد المريض أن كلمة «غازيات» تستخدم في مدينة المريض (دير الزور) للدلالة على المفرقعات.

تكون حدثيات التفكير ناقصةً في الطرف الآخر من طيف اضطراب التفكير، فيبدي المريض شحاً في محتوى الكلام (أو شح الأفكار poverty of thought)، إذ قد تكون كمية الكلام وشكله طبيعيين ولكن من دون أن يتمكن المريض من تزويد الطبيب بأي معلومات مهما طالت فترة المقابلة، إذ تكون كمية الكلام المستعملة من قبل المريض قليلة جداً، وتحتوي على القليل من المعلومات بسبب الغموض والنمطية بتكرار الجمل. وقد يظهر كلام المريض تفكيراً حرفياً متحجراً أو جامداً concrete thinking يخلو من المعاني أو العبارات المجردة

ويعجز عن توصيل أي مضمون مجازي على الإطلاق؛ فإذا قيل له إن فلاناً قلبه كبير يفهم أن لفلان قلباً كبير الحجم. أما الوظوب perseveration فهو ظاهرة يجد فيها المريض صعوبة في تغيير خط تفكيره أو محتواه أو أفعاله. فيواظب على نحو غير مقصود على خط من التفكير أو مخطط للفعل، ويكرر باستمرار تفكيره مقطعاً أو جملةً على نحو تلقائي أو حين الإجابة عن سؤال فيستمر بالحديث عن موضوع ما مع سؤاله عن موضوع آخر. مثلاً قد يسأل المريض عن عمره فيجيب إجابةً صحيحة (٤٧ سنة) ويسأل عن عنوان سكنه فيجيب ٤٧ سنة ثم يسأل عن تاريخ اليوم فيجيب ٤٧ سنة. كذلك قد يكتب المريض اسمه مراراً وتكراراً مع مطالبته بكتابة أجوبة أخرى. أما في اللفظ الصدوي echolalia فيكرر المريض على نحو مستمر ومرضي ما يلفظ أمامه من كلمات أو جمل.

اضطرابات محتوى التفكير thought content: يقصد بمحتوى التفكير الأفكار أو المخاوف أو الهواجس التي تشغل بال المريض، ويهتم الطبيب في أثناء فحص الحالة العقلية لما قد يحتويه كلام المريض من أفكار غير طبيعية لها دلالات تشخيصية مثل الوساوس والضُلالات.

الوساوس obsessions: الوسواس هو فكرة أو تخيل أو تأمل متكرر يقتحم وعي المريض على نحو مستمر على الرغم من كل الجهود التي يبذلها المريض لمقاومته، ويعرف المريض أن الوسواس ينبع من عقله وليس مفروضاً عليه من الخارج، مما يفرق الوسواس عن ظاهرة غرز الأفكار، ومع أن المريض يعرف أن فكرة الوسواس سخيفة فإنها تسبب له ضيقاً وقلقاً شديداً. لمضمون الوسواس عادةً طبيعة مؤذية أو عنيفة أو جنسية تتعلق بأفكار عن الاتساخ والعدوى والخوف من المرض والمبالغة بالترتيب؛ فقد تقتحم ذهن سيدة أنيقة فكرة أنها اتسخت لأنها لامست حاوية القمامة مع أنها واثقة من أنها كانت بعيدة عدة أمتار عن تلك الحاوية، أو تخشى سيدة أخرى أن تؤذي طفلها مع قناعتها بأنها لا يمكن أن تفعل ذلك، أو تتطفل على ذهن رجل مؤمن وملتزم فكرة مزعجة ومتكررة بأنه كافر أو شاذ جنسياً أو مصاب بمرض منقول جنسياً. تثير الوساوس ذات المحتوى المتعلق بالكفر أو بشتم الرموز الدينية قلق المرضى في المجتمع العربي على نحو خاص، لذلك يجب دائماً طمأنة المريض بأن المقصود بالوسواس في الفحص الطبي النفسي يختلف عن الوسواس المذكور في القرآن الكريم، وأن المريض ليس مسؤولاً عن أفكاره الوسواسية المفروضة عليه.

قد تأخذ الوساوس صفة الشك الوسواسي فيصبح المريض غير متأكد من إنجاز أفعال يعرف أنه قد قام بها على أحسن وجه؛ فيراود المريض شك متكرر بأنه قد أغلق الباب أو أطفأ الغاز على الرغم من تأكده من أنه قد فعل ذلك. وتشيع في المجتمعات العربية شكوك وسواسية تجعل المريض يتساءل تكراراً عما إذا كان قد توضأ أو صلى كما يجب. ومع تأكد المريض من أنه قد قام بالفعل موضوع الشك الوسواسي على أكمل وجه فإن انزعاجه وقلقه يتزايدان تدريجياً على نحو يدفعه للقيام بفعل قهري compulsion في محاولة منه لتخفيف قلقه فيتأكد من إغلاق الباب أو من إطفاء الغاز أو يكرر وضوءه أو يعيد صلاته، ولكن ما إن ينتهي من فعله القَهْرِيّ حتى يبدأ المريض بالشعور بالقلق مجدداً فيكرر الفعل القَهْرِيّ مرات عديدة على الرغم من رغبته الداخلية بمقاومة ذلك الفعل، وقد يتبنى المريض طقوساً وسواسية compulsive rituals ثابتة للقيام بالفعل القَهْرِيّ الهادف ظاهرياً. وقد يتبع المريض طريقة أخرى لتخفيف ضيقه وقلقه الناجم عن الوساوس هي التفكير الوسواسي obsessional thinking فيثابر على جريان محدد لأفكاره حتى يشعر بالارتياح الشخصي؛ فمثلاً قالت مريضة «تخطر ببالي فكرة لماذا خلقنا وأنزعج لأن التفكير بذلك يشبه الكفر، ألجأ إلى طريقة نقض الفرض لإيجاد الفكرة الصحيحة .. الأكثر إزعاجاً هو ضرورة إلغاء أمور أخرى مثل الدراسة لترك وقت للتفكير .. لساعات»، فقد يتكرر التفكير الوسواسي أو الطقوس الوسواسية بحيث تستهلك معظم وقت المريض وطاقته ويسبب له ما يعرف باسم البطء الوسواسي. فقد يكرر المريض الوضوء أو يعيد الصلاة مرات ومرات، وقد تغسل مريضة يديها لساعات فتكون الأكزيما هي سبب مراجعتها للطبيب، وقد يقضي مريض معظم نهاره وهو يعيد ارتداء ثيابه لأنه يشك بعدم ارتدائها بالتسلسل الصحيح، وقد يستغرق الاستحمام عدة ساعات بسبب عدم التأكد من نظافة الجسم.

الضُلال (الوهام أو التَوَهُّم) delusion: الضُلال هو عرض نفسي لا يشاهد عند الناس الأسوياء، وهو اعتقاد غير طبيعي يحمله المريض على نحو جازم وغير قابل للمناقشة أو للتعديل بعد التجربة، وهو شاذ عن بيئة المريض الاجتماعية والثقافية بحيث أن أحداً ممن حوله لا يشاركه ذلك الاعتقاد. وقد يكون الضُلال أولياً أو ثانوياً. يظهر الضُلال الأولي primary (أو الأصلي autochthonous) فجأةً ويقتنع المريض به على نحو مطلق من دون أن تسبقه أي مظاهر مرضية

نفسية أخرى، كأن يسمع المريض لحناً موسيقياً فيعرف أنه ابن الملكة، أو أن يرى المريض تفاحة فيكتشف فوراً أن أصدقاءه قد انقلبوا أعداءً وأنهم آتون لقتله (وتعرف هذه الظاهرة أيضاً باسم الإدراك الضُلالي delusional perception). ومن أشكال الإدراك الضُلالي أن يعتقد المريض أن شخصاً ما قد تم استبداله بشخص آخر له الشكل والمواصفات ذاتها (ومع أن هذه الظاهرة تسمى انخداع الازدواجية فإنها ليست انخداعاً بل إدراكاً ضُلالياً). يشتق الضُلال الثانوي من بعض التجارب المرضية النفسية السابقة له، كالمزاج الاكتئابي أو الهلوسة السمعية، فمريض لديه هلوسة سمعية ويسمع صوتاً يهدده قد يتوهم بأنه هدف لمؤامرة دولية. والذاكرة الضُلالية هي محاولة استحضار حدث من الماضي لتفسير معاناة حالية، مع أن ذلك الحدث قد يكون تافهاً ولا علاقة له بالمعاناة الحالية؛ فقد تتذكر مريضة مصابة بضُلال مراقي أنها شربت فنجان قهوة عند جارتها قبل سنة فتعتقد أن ذلك الفنجان هو سبب ما تعانيه الآن. ومن الأشكال الخاصة للضُلالات الضُلال المشترك والمزاج الضُلالي. يحدث الضُلال المشترك عند شخص سليم يعيش في منزل واحد مع مريض يتوهم مثلاً أنه مضطهد وملاحق فيشاطره ذلك الضُلال، ويحدث الضُلال المشترك ضمن العائلة نفسها عادةً وقد يشمل عدداً من أفرادها. تثير الضُلالات ارتكاساً انفعالياً عند المريض، فالخوف مثلاً هو ارتكاس طبيعي ومتوقع عند مريض يتوهم أن عصابة تلاحقه، ولكن الأمر ينعكس حين الإصابة بالمزاج الضُلالي فيشعر المريض بالخوف وبأن شيئاً ما يحدث من دون أن يعرف طبيعة ذلك الشيء وقبل أن يطور ضُلالات ثانوية تشرح ذلك الشيء.

للضُلال شكل ومحتوى، ويفيد الانتباه لمواصفات شكل الفكرة الضُلالية، المذكورة في تعريف الضُلال أعلاه، في التفريق بين الضُلالات وبين الأفكار المضخمة over-valued ideas، والأخيرة هي قناعات شخصيه قويه يمكن فهمها في ضوء البيئة الاجتماعية والثقافية للمريض وهي قابلة للتعديل بالنقاش والحوار، كذلك فإن الأفكار المرجعية ideas of reference تصادف عند بعض الأشخاص مفرطي الحساسية من دون أن تبلغ شدة الضُلالات المرجعية، إذ يعتقد هؤلاء الأشخاص أن الآخرين يراقبونهم بعناية في الأماكن العامة وقد يتهامسون عنهم، ولكنهم غير متأكدين من ذلك ويعرفون أنهم لا يستحقون الاهتمام أكثر من غيرهم، ويقرون بأن حساسيتهم الشخصية قد تكون سبب تفكيرهم المرجعي.

تُصنَف الضُلالات بحسب محتواها إلى ضُلالات اضطهادية persecutory (أو زورانيه paranoid) وضُلالات مرجعية (أو ضُلالات الإسناد) delusions of referenceوضُلالات عظمة وضُلالات جسدية somatic delusion وضُلالات عدمية nihilistic وضُلالات مراقية وضُلالات سياسية وضُلالات دينية وضُلالات الذنب delusions of guilt وضُلالات تحقير الذات وضُلالات الغيرة وضُلالات العشق، إضافةً إلى تجارب اللاافاعلية passivity experiences التي يتوهم المريض المصاب بها أن قوة ما توجه فكره وتصرفاته وتتحكم بهما، ويصف تلك القوة بطريقة تتعلق بثقافته فيقول إنها أشعة أو أقمار اصطناعية أو تنويم مغنطيسي أو سحر أو جن. وتتضمن هذه التجارب ظواهر غريبة الأفكار (غرز الأفكار، وسحب الأفكار، وبث الأفكار) التي ورد شرحها في فقرة فحص الحالة العقلية.

تعد الضُلالات الاضطهادية أو الزورانية أكثر الضُلالات حدوثاً، وفيها يعتقد المريض على نحو جازم أن الناس تكرهه وتحاول إيذاءه؛ فيرفض مثلاً تناول الطعام خشية أن يكون مسموماً، ويعتقد المريض المصاب بضُلال مرجعي أنه مقصود بكل ما يحدث حوله، بما في ذلك الأحاديث التلفزيونية وأغاني الراديو وأي حديث بين أي غريبين في الطريق، في حين يعتقد المريض المصاب بضُلال عظمة أنه شخص مهم جداً أو رسول أو زعيم، أو ينسب نفسه إلى سلالات ملكية (ضُلال النسب).

يشعر المريض المصاب بضُلال جسدي أن جزءاً من جسده قد تغير. وقد تتعلق الضُلالات العدمية بالكون فيتوهم المريض بأن العالم قد تدمر وانعدم وأن الشمس قد انفجرت وتلاشت، أو تتعلق بجسم المريض فيتوهم أن جسمه فارغ أو أنه ليس لديه قلب، وقد يمتنع عن تناول الطعام لاعتقاده أن جهازه الهضمي قد زال وأن الطعام سيصعد إلى دماغه، ويشاهد في حالات نادرة ضُلال كوتارد (أو متلازمة كوتارد Cotard's syndrome، أو متلازمة الجثة المتنقلة walking corpse syndrome) فيعتقد الشخص أنه ميت (مجازياً أو فعلياً)، أو أنه غير موجود، أو أنه متعفن، أو أنه قد فقد دمه أو أحد أعضائه الحشوية.

يعتقد المصاب بضُلال مُراقي أنه مصاب بمرض خطر فيكرر مراجعة الأطباء ولكنه لا يتقبل سلبية الفحوص والاستقصاءات بل يعتقد أن الطب لم يزل عاجزاً عن تشخيص مرضه. ويَدعي المصاب بضُلال سياسي بأن لديه مشروعاً سياسياً مهماً لبلد ما أو بأنه يقوم بعمل سياسي سري أو بأنه ملاحق سياسياً. وترتبط الضُلالات الدينية

بمعتقدات المريض الدينية فيتوهم أنه مكلف نشر أفكار أو رسالة دينية وقد يكون ذلك مرافقاً لضلالات عظمة يعتقد فيها المريض أنه المهدي المنتظر أو تعتقد مريضة أنها السيدة العذراء. وتتكون لدى المصاب بضلال الذنب قناعة راسخة بأنه مذنب بحق نفسه وبحق الآخرين لأسباب سخيفة مثل ممارسة العادة السرية، وكثيراً ما تترافق ضلالات الذنب بضلال تحقير الذات إذ يتوهم المريض بأنه شخص حقير لا يستحق الحياة لأنه شرب الكحول مثلاً. أما ضلال الغيرة فهو تضخيم شديد وغير عقلاني لمشاعر الغيرة الطبيعي فيتوهم الشخص على نحو راسخ وجازم وغير قابل للنقاش ومن دون مبررات بأن زوجته تخونه. ويصبح ضلال الغيرة خطراً عندما يبدأ المريض بالبحث عن أدلة تثبت صحة ضلاله، فيحقق مع زوجته ويفتش أغراضها الشخصية وملابسها الداخلية وقد يصبح عنيفاً إلى درجة ارتكاب جريمة قتل زوجته أو شريكها المفترض. أخيراً تشاهد ضلالات العشق (أو الضلالات الجنسية، أو الضلالات الشبقية erotomanic delusion) عند النساء عادةً ويغلب أن تكون ثانويةً لأهلاسات حسية جنسية، فتتوهم المريضة أنها تقيم علاقة جنسية مع شخص سياسي مهم أو مع فنان مشهور، مع أنه لم يسبق لها الالتقاء بذلك الشخص أبداً.

التشخيص في الطب النفسي:

التشخيص الطبي النفسي والمعتقدات الثقافية:

يقال بوجود مرض عادةً حين لا يقوم الشخص بالأداء المتوقع منه على المستوى الشخصي (بسبب معاناته أعراضاً مرضية أو إرهاقاً أو ضعفاً مثلاً) أو على مستوى الأدوار الاجتماعية المطلوبة منه (في مجال الاهتمام بنفسه أو بأسرته أو بعمله مثلاً)، ويعتمد سلوك أي شخص حين إدراكه لهذا التغير في ذاته أو عند آخرين على عدد من العوامل التي تتضمن التوقعات الشخصية والأمال والآلام، والخيارات المقبولة اجتماعياً مثل ملازمة الفراش أو التوقف عن العمل أو نقل المسؤوليات إلى آخرين أو تقبل رعاية الآخرين. مثل هذا «المرض» هو ظاهرة معرّفة اجتماعياً، وليس طبياً، وهي تتناغم عادةً - ولكن ليس دائماً - مع تعاريف الاضطرابات الطبية التي يتدرب الأطباء على تمييزها؛ مما يولد مشاكل حين يشعر المريض بأنه مريض ولكن لا يتمكن الطبيب من اكتشاف أي مرض لديه أو العكس، عندما يكتشف الطبيب اضطراباً عند شخص لا يدرك بأن لديه مرضاً. تتضح من ذلك أهمية فهم السياق الذي يتم من خلاله وضع التشخيص، فالتشخيص هو انعكاس لمعتقدات (علمية أو روحانية) لمجموعة من البشر (عامة أو مختصين) عن العلاقة بين أشياء وأحداث معينة وعن المظاهر الأكثر أهمية لهذه الأشياء والأحداث. وبالطبع هناك فرق واضح بين النظرة الروحانية التقليدية للخبرات وبين المقاربة العلاجية التجريبية؛ فحالات الحزن والانسحاب التي يميزها الطبيب على أنها اكتئاب قد يرى بعضهم أنها أمر طبيعي ربما كان ناجماً عن ضعف الإرادة أو ضعف الايمان، في حين يعتقد آخرون أنها نتيجة سحر أو مسّ، ويعكس هذا الفرق ثلاث طرائق مختلفة لتفسير الظاهرة ذاتها تستدعي كل طريقة منها تعاملاً (أو علاجاً) مع الظاهرة مختلفاً اختلافاً جذرياً عن غيره؛ فمن يعتقد أن اكتئابه أمر طبيعي قد يتقبله على أنه قدره فلا يفعل شيئاً حياله، ومن يعتقد أنه يعاني مساً أو سحراً قد يلجأ إلى معالج شعبي، أما الطبيب فغايته الرئيسية من وضع التشخيص هي تأكيد الحاجة إلى العلاج.

يستحيل الفصل التام بين معتقدات الأطباء المهنية وبين قيمهم ومعتقداتهم الثقافية المشتركة مع مرضاهم، لذلك فقد يعتقد بعض الأطباء أن بعض الاضطرابات الموصوفة في كتب الطب النفسي لا تحدث في المجتمع العربي، فيصعب عليهم مثلاً تشخيص حالة مثل الاكتئاب بعد الولادة إذا وصفتها المريضة أو زوجها بطريقة غير نموذجية مركزةً على أعراض غير شائعة، ومهملةً الأعراض الشائعة لأنها لا تسبب لها معاناةً أو عجزاً، أو إذا اعتقدت المريضة أن لحالتها سبباً غير طبي وسعت إلى الحصول على مساعدة غير طبية مثل الرقية أو الحجاب، أو اعتقد زوجها أن حل المشكلة هو حل اجتماعي قانوني فلجأ إلى تطليقها؛ فقد لا يميز الزوج أياً من أعراض الاكتئاب عند زوجته ولكنه قد يرتكس بشدة لما يلاحظه عليها من اهمال لنفسها ولبيتها ولأولادها ولواجباتها الزوجية، حتى عندما لا يرتكس الزوج بهذه الطريقة فيسعى إلى الحصول على مساعدة طبية، يغلب أن يركز الأطباء على التفتيش عن أمراض جسدية مثل فقر الدم وقصور الغدة الدرقية لتفسير كسل ولامبالاة الزوجة. إن عدم تمييز المريضة وزوجها وأطبائها لاضطراب الاكتئاب بعد الولادة عندها لا يعني أن ذلك الاضطراب لا يحدث في المجتمع العربي؛ فقد بينت دراسة أجريت في مدينة التل في ريف دمشق أن معدل وقوع الاكتئاب بعد الولادة هو ١٢٪، وهو معدل شبيه بالمعدلات المقاسة في كثير من الدول النامية والدول الصناعية.

وصفت الاضطرابات النفسية في بلدان معظمها غربي، وهي لا تأخذ القيم والمعتقدات والثقافات العربية المحلية

بالحسبان، ولكن ذلك لا يعني أن تلك الاضطرابات لا تحدث في المجتمع العربي. والملاحظة المهمة هنا هي أن تظاهرات تلك الاضطرابات قد تختلف من مجتمع إلى آخر، مما يوضح الحاجة الماسة إلى وضع نظام تشخيص طبي نفسي محلي يتناسب وطرائق تعبير المرضى عن معاناتهم النفسية، ولكن - وريثما يتم ذلك - ليس في المتناول إلا استخدام الأنظمة المتوافرة عالمياً لتشخيص الاضطرابات النفسية عند المرضى.

أهمية التشخيص الطبي النفسي:

يشخص الاضطراب النفسي حين يعاني المريض خللاً واضحاً في إحدى الوظائف النفسية كالتفكير والإدراك والمزاج على أن يكون هذا الخلل خارجاً عن إرادة المريض، وأن يسبب إزعاجاً للمريض (ليس دائماً) أو لمن حوله. والتشخيص هو الحدثية التي يتم بها ترتيب الأعراض والعلامات وغيرها من المعلومات المجموعة من المريض ومن غيره وإعطاؤها اسماً طبياً؛ فقد تتناسب تلك المعلومات بناءً على أفضل المعارف المتوافرة مع النموذج التشخيصي للفصام، فيقال إن الشخص المعني مصاب باضطراب الفصام، مع التأكيد على أن كل إنسان هو مخلوق فريد بحد ذاته، لذلك فإنه لا يمكن اختصاره بتشخيص، ويجب عدم استخدام أوصاف مثل «فصامي» أو «كحولي» لوصف الشخص، فالتشخيص لا يعرف الشخص بل يعرف الاضطراب الذي يعانيه ذلك الشخص، فلا وجود لمريضين متطابقين سريرياً أو شخصياً، بل إن لكلٍ منهما تاريخاً شخصياً وشخصية مميزة، ويختلف كل منهما عن الآخر بطريقة طرح شكاواه وبكيفية تحديد رغباته وأولوياته. ولكن مع أنه لا يمكن ممارسة طب متعاطف إذا تم تجاهل الأبعاد الشخصية لكل حالة منفردة، فإنه لا يمكن ممارسة طب مجدٍ إذا تم تجاهل التشابه بين حالات مرض معين.

يفيد تشخيص الاضطراب النفسي وتسميته في تلخيص الحالة وفي تسهيل تبادل المعلومات بين الاختصاصيين لأن التشخيص هو حاوية لكثير من المعلومات المفيدة، والاستخدام الصحيح لمصطلح تشخيصي واحد يقدم كمية كبيرة من المعلومات (مثل الأعراض والسير والعلاج والحاصل) بآن واحد، فهو يصف الحالة (فمصطلح «اكتئاب» مثلاً يعني حالة من الحزن والعزلة واليأس التي قد ترافقها أعراض بيولوجية) ويوضح الخيارات العلاجية المعقولة والمناسبة (فمصطلح «فصام» يوحي بخيارات علاجية محددة مثل الأدوية المضادة للذهان أو علاج العائلة) ويعطي معلومات إنذارية (فتشخيص «خرف وعائي» يعني خللاً ثابتاً أو مترقياً، في حين يشير تشخيص «ذهان حاد عابر» إلى حالة ستتراجع من دون ترك خلل متبق) إضافةً إلى فوائد أخرى؛ فتشخيص داء ألزهايمر مثلاً يتضمن معلومات عن التطور المتوقع للمرض وعن الرعاية التي قد يحتاج إليها المريض في المستقبل وعن الاستجابة المتوقعة للعلاج مما يسمح لكل من المريض وأهله والقائمين على علاجه بالتحضير للأيام القادمة. كما يفيد التشخيص في تطوير البحث العلمي الطبي، إذ يسمح باشتمال أشخاص لديهم اضطرابات متماثلة في بحث واحد، وبتكرار البحث نفسه من قبل أطباء آخرين، وباشتمال البحوث المتشابهة مهما كان زمان نشرها أو مكانها أو لغتها في مراجعات منهجية تقارن بينها وتدمج بياناتها بغية تعميم الاستفادة من نتائجها. وللتشخيص أيضاً غايات أخرى غير طبية، فقد لا تعوض شركات التأمين إلا في حالات محددة، وقد يختلف التعويض باختلاف التشخيص، وقد تتعلق المساعدات الاجتماعية أيضاً بوضع التشخيص اعتماداً على نظام تشخيص رسمي معتمد. ومن جهة أخرى قد لا يستخدم المصطلح التشخيصي الدقيق إذا كان سيسبب أذى غير ضروري للشخص، كتقديم أحد الموظفين مثلاً طلباً للحصول على استراحة مرضية؛ فربما كان من غير الضروري ومن غير المناسب مثلاً استخدام تشخيص «ذهان مثار بالعقاقير» إذا كان تعاطي العقاقير لا يؤثر في قدرة الشخص على العمل ولا في مدى تحمله للمسؤولية، وقد يرغب المريض بإعطاء اضطرابه اسماً محدداً يمكنه من التعامل مع الآخرين بطريقة ما أو يساعده على الحصول على استجابات مرغوبة من الآخرين.

تطور التشخيص الطبي النفسي:

قد يبدو التشخيص أمراً بديهياً لأن الأطباء يقومون به على نحو آلي منوالي، ولكن الأمر ليس بهذه البساطة، فالتشخيص المثالي يجب أن يكون قادراً على التعريف الدقيق بكل حالات المرض المعني (أي أن تكون حساسيته تامة) وألا يخطئ فيعرف حالات أخرى على أنها ذلك المرض (أي أن تكون نوعيته تامة)، كما أن التشخيص المثالي يجب أن يعتمد على تحديد سبب المرض؛ ففي الطب الجسدي يوصف المرض أولاً بناءً على الخبرة السريرية وملاحظة تلازم حدوث مجموعة من الأعراض والعلامات (كما في الشقيقة مثلاً)، ثم تطور هذه المتلازمة الوصفية عن طريق محاولة كشف شذوذ فيزيولوجي يمكن قياسه (مثل فرط الضغط الشرياني) أو كشف تغيرات تشريحية مرضية نوعية (في

التهاب القولون القرحي مثلاً) أو كشف العامل المرض المسبب للمرض (عند مصاب بالملاريا مثلاً). وتتبع محاولات تطوير المتلازمات التشخيصية في الطب النفسي مساراً مماثلاً، ولكن ومع نجاح بعض هذه المحاولات (مثل تحديد تبدلات تشريحية مرضية في داء ألزهايمر، وفهم الحدثيات الإمراضية في الخرف الوعائي، واكتشاف العامل الممرض المسبب للشلل العام للمجنون)، فإن معظمها لم يحالفه النجاح وما زالت معظم المتلازمات والتسميات في الطب النفسي وصفيةً بحتة.

تشتق المتلازمات التشخيصية في الطب النفسي أصلاً من الخبرة السريرية ثم يحاول الأطباء تطويرها إلى متلازمات إمراضية تتمحور حول سبب المرض وذلك من خلال البحوث العلمية والدراسات الإحصائية لعناقيد أعراض المرض ولخواصه الوراثية ولإنذاره ولاستجابته للعلاج، ويقدم تاريخ تطور تشخيص الفصام مثالاً واضحاً على ذلك، فقد وصف كريبلن Kraepelin عام ١٨٩٦ متلازمةً أسماها الخرف المبكر dementia praecox نتيجة خبرته السريرية المكثفة مع مرضى مقيمين في مصحات عقلية بسبب إصابتهم بأمراض عقلية شديدة، وشاع استخدام تلك التسمية فوراً لأنه بدا أنها تميز مجموعة من المرضى ذوي حصائل متماثلة، وقد اعتقد كريبلن أن إنذار هذه الحالة سيء دائماً لذلك عدها «خرفاً». ثم جاء بلويلر Bleuler الذي وضع مصطلحاً شبه إمراضي هو schizophrenia نتيجة اعتقاده أن الخلل الأساسي هو انفصام schizo- الوظائف العقلية، فأصبح هناك مصطلحان (واحد وصفي والثاني شبه إمراضي) مشتقان من تفسيرين مختلفين لمتلازمة واحدة. وقد حاول كورت شنايدر Kurt Schneider فيما بعد تطوير تلك المتلازمة عن طريق وصفه لما أصبح يعرف لاحقاً باسم «أعراض الدرجة الأولى لشنايدر - Schneider's first rank symptoms وهي مجموعة من الأعراض والعلامات التي عدها دامغة للفصام، ولكن اتضح من التحليل الإحصائي لتواتر حدوث أعراض الدرجة الأولى أنه وعلى الرغم من أن تواترها أكثر في الفصام منه في الهوس والاكتئاب فإن وجودها ليس شرطاً ملازماً للفصام، كما أن حدوثها في الهوس ليس نادراً. تلت ذلك محاولة تيم كرو Tim Crow تجزئة الفصام إلى فصام إيجابي الأعراض وفصام سلبي الأعراض اعتماداً على موجودات سريرية وشعاعية، ولكن تلك المحاولة أخفقت أيضاً في تطوير متلازمة الفصام الوصفية إلى متلازمة إمراضيه.

مازالت المتلازمات المستخدمة في التشخيص الطبي النفسي أساساً متلازمات وصفية تصف الأعراض والعلامات الواجب ترافقها لوضع التشخيص، وتضع لها تسميات وصفية أيضاً مثل متلازمة الكرب التالي للرض أو الاضطراب الهلعي أو الاضطراب الوسواسي القَهْري أو الاكتئاب، ولهذا التوصيف السريري البسيط محدوديته ومشاكله؛ فمجرد تسمية اضطراب نفسي «اكتئاب» أو «متلازمة الكرب التالي للرض» لا يعني بالضرورة التمكن (شخصياً أو مهنياً) من فهم الكثير عنه، مهما كانت تسمية الاضطرابات مُرْضِية للأطباء، فالأسماء التي تعطى للاضطرابات النفسية ليست بذاتها اضطراباً، فاسم الإنسان ليس هو؛ فالاسم لا يفكر ولا يشعر ولا يفعل، بل هو ببساطة مجرد مختصر مريح لتمييز الإنسان، ففي حين قد يقدم الاسم كمية كبيرة من المعلومات في كلمة واحدة لمن يعرف صاحبه (مثلاً المظهر والشخصية والموثوقية والصداقة) ولكنه ليس هو. وعلى نحو مماثل فإن اسم الاضطراب النفسي هو اختصار مريح ولكنه ليس الاضطراب نفسه، والاسم المستخدم في التشخيص هو جيد أو دقيق فقط بمقدار معرفة الاضطراب المسمى. يضاف إلى ذلك أن مواصفات بعض الاضطرابات النفسية قد لا تتناغم مع مواصفات أي من المتلازمات التشخيصية الموصوفة، وأن لبعض الاضطرابات النفسية مواصفات تشير إلى الانتساب إلى أكثر من متلازمة تشخيصية في الوقت نفسه مما يخلق مشكلةً في كيفية تصنيف تلك الاضطرابات. فقد يعاني مريض مجموعة أعراض فصامية في الوقت الذي يعاني فيه مجموعة أعراض مزاجية من دون أن تطغي أي من المجموعتين على الأخرى فيصعب تشخيص الاضطراب النفسي لديه على أنه فصام أو اضطراب مزاج، وقد يعاني مريض آخر أعراضاً قلقية كافية لتشخيص اضطراب قلقي ويعاني في الوقت نفسه أعراضاً مزاجية كافية لتشخيص اضطراب اكتئابي. لابد طبعاً من محاولة إيجاد حلول لمثل هذه المشاكل التشخيصية، وهناك على الأقل ثلاثة حلول ممكنة: فقد توسع المتلازمة التشخيصية لتصبح قادرة على اشتمال الحالات غير المصنفة، ولكن ذلك يخفض القدرة التمييزية للمتلازمة لأنه يخفض نوعيتها. الحل الثاني هو اختراع متلازمة جديدة (مثل الفصام الوجداني) تملأ الفراغ التشخيصي، ولكن هذه المتلازمة ستكون ارتجالية ووصفية بحته ولن تضيف شيئاً إلى الممارسة اليومية لأنها غير مسندة بفرضية إمراضيه. والحل الأخير هو اللجوء إلى استخدام مفهوم المراضة المتشاركة عندما يحدث اضطرابان مختلفان

ظاهرياً في الشخص الواحد.

أنظمة التشخيص الطبي النفسي:

تستخدم المتلازمات الوصفية في أنظمة التشخيص الطبي النفسي كافة، بما فيها نظام منظمة الصحة العالمية (التصنيف العالمي للأمراض International Classification of Diseases (ICD)) والنظام الأميركي (الدليل الاحصائي والتشخيصي Diagnostic and Statistical Manual (DSM))، وقد يتضمن وصف كل متلازمة سريرية أعراضاً وعلامات وعوامل سببية مفترضة وجوانب وبائية مثل عمر البدء ونسبة تأثر الجنسين ومظاهر مرافقة مثل الانتحار وتعاطي العقاقير. تعاني هذه الأنظمة كل مشاكل المتلازمات الوصفية المذكورة أعلاه إضافةً إلى أنها تسمح بتشخيص الاضطراب النفسي الواحد عند مرضى يعانون أعراضاً وعلامات مختلفة. فالأعراض والعلامات التي قد يجمعها الطبيب من مريضين مختلفين قد لا تكون كاملة التجانس والتشابه، بل مختلفة ولكن تبقى كافية لتشخيص الاكتئاب عند كليهما اعتماداً على المعايير التشخيصية للتصنيف العالمي للأمراض (الجدول رقم٤)؛ فقد يجد الطبيب عند المريض الأول انخفاض المزاج واضطراب النوم وفقد الشهية للطعام وضعف التركيز، في حين يجد عند المريض الثاني انخفاض المزاج ولكن مع التعب وفقد الشهوة الجنسية واليأس والإحساس بالذنب والتفكير بالانتحار. يضاف إلى ذلك أن أنظمة التشخيص الطبية النفسية تتأثر بعوامل أخرى مثل المواقف السياسية والاجتماعية التي غيرت تصنيف الاضطرابات الجنسية: فقد اعتبرت الجنسية المثلية اضطراباً طبياً في الطبعة التاسعة من التصنيف العالمي للأمراض وفي الطبعة الثانية من الدليل الاحصائي والتشخيصي مع كل ما تضمنه ذلك من انعكاسات على المسؤولية الشخصية وضرورة العلاج وتدخل المختصين. أما في النسخ الأحدث من النظامين التشخيصيين فقد استبعدت الجنسية المثلية من بين الاضطرابات الطبية النفسية، ليس لأنها اختفت بل لأنها أصبحت لا تعد حالة طبية نفسية.

تنجم مشاكل إضافية عن تفاوت طرائق تطبيق نظام التشخيص الطبي النفسي، إذ تتعلق دقة النظام التشخيصي وفائدته بمدى دقة استخدام الطبيب لذلك النظام؛ ومن الأمثلة التاريخية على ذلك التناقض الذي لوحظ في الستينيات حين بدأ باحثون بدراسة الفصام في دراسة دولية، فقد لوحظ في البداية أن انتشار الفصام كان مختلفاً بشدة في أوربا عنه في الولايات المتحدة، وعندما تم تمحيص هذه الملاحظة وجد أن الممارسة التشخيصية كانت متفاوتة؛ فقد كان الأطباء النفسيون الأوربيون أكثر حذراً في إطلاق تشخيص «فصام» من نظرائهم الأمريكيين، وصنف الأطباء النفسيون الأوربيون كثيراً من حالات الفصام المشخصة في الولايات المتحدة على أنها هوس اكتئابي (أو اضطراب مزاج ثنائي القطب). أدت تلك الملاحظات إلى إجراء بحوث علمية غايتها زيادة التوافق التشخيصي بين مختلف الأطباء عن طريق تطوير نظام تشخيصي يُجمع عليه كل الأطباء النفسيين، وتم ذلك بمرحلتين اتفق في الأولى منهما على المعايير المهمة لتشخيص الفصام، وطورت في المرحلة الثانية وسيلة لتطبيق تلك المعايير في الممارسة السريرية على نحو موثوق. كان لهذا البحث ثلاث حصائل مهمة أثرت في نظم التشخيص الطبي النفسي الحديثة. الحصيلة الأولى كانت المقابلة المعيارية standardized interview التي تنفذ بطريقة مصممة وموصوفة مسبقاً بغية تخفيف انحياز التشخيص الناجم عن اختلاف طرائق المقابلة. الحصيلة الثانية كانت وضع تعاريف معيارية للأعراض والعلامات السريرية مثل الهلس والوساوس. أما الحصيلة الثالثة فكانت وضع معايير تشخيصية لكل اضطراب نفسي، أي مظاهر محددة أو متلازمات لابد من وجودها قبل وضع أي تشخيص طبي نفسي. وقد استفادت أنظمة التشخيص الطبي النفسي الراهنة من نتائج هذه البحوث فبدأت باستخدام معايير عملياتية ثابتة التعريف لابد من تحققها قبل التوصل إلى تشخيص محدد (مثل المعايير التشخيصية للاكتئاب - الجدول رقم ٤).

ومع كل محاولات تحسين أنظمة التشخيص الطبي النفسي فهي مازالت قاصرة لأنها وصفية بحتة تنقصها الفرضيات الإمراضية السببية، ومازالت متلازماتها التشخيصية تُختبر اعتماداً على أحكام سريرية لا تتوافر قياسات نفسية أو مخبرية مستقلة للتحقق من مدى صحتها ودقتها. لذلك فإن هذه الأنظمة تخضع للتطوير على نحو مستمر وتصدر طبعات جديدة منها كل بضعة أعوام، والطبعة المستخدمة حالياً من التصنيف العالمي للأمراض هي الطبعة العاشرة ICD-١٠ والطبعة الحالية من الدليل الاحصائي والتشخيصي هي الرابعة DSM-IV التي خضعت بعد إصدارها للتعديل (DSM-IV-R) وللتنقيح (DSM-IV-R-TR). تبذل حالياً جهود عالمية كبيرة ومكثفة لتطوير كل من التصنيف العالمي للأمراض والدليل الاحصائي

١- يجب توافر واحد على الأقل من الأعراض المفتاحية الثلاثة التالية:
أ- حزن أو انخفاض مزاج مستمر
ب- فقدان الاهتمام والمتعة
ج- التعب ونقص الحيوية
٢- إذا توافر أحد الأعراض المفتاحية، يفتش عن أي من الأعراض التالية:
أ- اضطراب النوم
ب- التردد وضعف التركيز
ج- انخفاض الثقة بالنفس
د- نقص الشهية للطعام أو زيادتها
هـ- الأفكار والأفعال الانتحارية
و- الهياج أو البطء الحركي
ز- الشعور بالذنب ولوم الذات
يشخص الاكتئاب بحسب عدد الأعراض المكتشفة (والتي يجب أن تستمر معظم اليوم مدة شهر أو أكثر):
* لا يوجد اكتئاب (أقل من أربعة أعراض)
* اكتئاب خفيف (أربعة أعراض)
* اكتئاب معتدل الشدة (خمسة أو ستة أعراض)
* اكتئاب شديد (سبعة أعراض أو أكثر)

الجدول (٤) المعايير التشخيصية للاكتئاب بحسب التصنيف العالمي للأمراض - الطبعة العاشرة

والتشخيصي، ويتوقع صدور كل من الطبعة الحادية عشرة من التصنيف العالمي للأمراض (ICD-11) والطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي والتشخيصي (DSM-V) خلال العامين القادمين.

التصنيف العالمي للأمراض - الطبعة العاشرة ICD-10:

اعتمد في ترتيب البحوث اللاحقة من هذا الجزء ترتيب الطبعة العاشرة من التصنيف العالمي للأمراض، إذ تشغل الاضطرابات النفسية الفصل الخامس (أو الفصل F) من ICD-10، لذلك فإن رموزها تبدأ دائما بالحرف F كما هو مبين في الجدول رقم ٥.

يتضمن الجزء الأول من الفصل الخامس من التصنيف العالمي للأمراض - الطبعة العاشرة اضطرابات السلوك والشخصية الناجمة عن مرض أو أذية دماغية وهي اضطرابات مثل الهذيان delirium (أو المتلازمات الدماغية الحادة acute brain syndromes) والخرف dementias تنجم عن خلل مؤقت أو نهائي في الدماغ وتعود إلى أسباب عدة مثل التقدم بالعمر أو الأمراض التنكسيه (مثل داء ألزهايمر) أو المعدية (كالزهري) أو السموم (كالرصاص وبعض العقاقير) أو نقص التروية أو الأكسجة الدماغي، كما يتضمن بقية الاضطرابات النفسية وتغيرات الشخصية والتغيرات السلوكية الناجمة عن مرض دماغي عضوي بما فيها متلازمة النساوة العضوية.

تصنف الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المواد الفعالة نفسياً في الجزء الثاني من الفصل الخامس الذي يصنف عشر فئات من العقاقير المبدلة للسلوك هي الكحول والأفيونيات والحشيش والأدوية المهدئة والأدوية المنومة والكوكائين وبقية المنبهات بما فيها الكافين والمهلوسات والمذيبات الطيارة والتبغ، كما يصنف نمط الاضطراب النفسي أو السلوكي المرافق لتعاطي كل عقار على نحو يمكِّن من تحديد ترافق تعاطي العقار مثلاً بالتسمم أو بالاعتماد (أو الادمان) dependence أو بأعراض سحب withdrawal أو بالهذيان أو بالذهان psychosis أو بالنساوة أو بأعراض متبقية مثل اضطراب الشخصية أو اضطراب السلوك أو اضطراب المزاج أو الخرف.

يغطي الجزء الثالث من الفصل الخامس الفصام والذهانات (أو النفاسات) الأخرى مثل الاضطراب فصامي الشكل والاضطرابات الضُلالية المستمرة والاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة والاضطراب الفصامي الوجداني وغيرها من الاضطرابات الذهانية غير العضوية. ويميز هذا الجزء بين الفصام - وهو مجموعة من الاضطرابات تتصف بفقد الصلة مع الواقع وبخلل التفكير والإدراك وبغرابة السلوك ويرافقها عادةً ضُلالات وأهلاسات في مرحلة ما من المرض -؛ وبين الاضطرابات الضُلالية (أو الزورية) delusional (paranoid) disorders التي تمتاز بالشعور بالاضطهاد وبفرط

الجزء	الرمز	الاضطرابات المشتملة
الأول	F 00 - F 09	الاضطرابات العقلية العضوية، وتشمل ما هو عرضي منها organic, including symptomatic mental disorders
الثاني	F 10- F 19	الاضطرابات العقلية والسلوكية الناجمة عن تعاطي مواد فعاله نفسياً mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use
الثالث	F 20- F 29	الفصام والاضطرابات الفصامانية والضُلالية schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
الرابع	F 30- F 39	اضطرابات المزاج (أو الوجدان) mood (affective) disorders
الخامس	F 40- F 49	الاضطرابات العصابية، والمتعلقة بالكرب، وجسدية الشكل neurotic, stress-related and somatoform disorders
السادس	F 50- F 59	متلازمات سلوكية تترافق باضطرابات فيزيولوجية وعوامل فيزيائية behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors
السابع	F 60- F 69	اضطرابات شخصية وسلوك البالغين disorders of adult personality and behavior
الثامن	F 70- F 79	التخلف العقلي mental retardation
التاسع	F 80- F 89	اضطرابات التطور النفسي disorders of psychological development
العاشر	F 90- F 98	اضطرابات سلوكية وانفعالية (أو عاطفية) تبدأ عادةً في أثناء الطفولة أو المراهقة behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence

الجدول (٥)

الشك والتوجس والعدوانية عند شخص يتصرف على نحو عادي في مجالات الحياة الأخرى ويحافظ على صلاته بالواقع.

يحتوي الجزء الرابع من الفصل الخامس على اضطرابات المزاج فيعرف الهجمة الهوسية والهجمة الاكتئابية واضطراب المزاج (أو الوجدان) ثنائي القطب والاضطراب الاكتئابي المعاود واضطرابات المزاج (أو الوجدان) المستمرة مثل دَوَرِيَّة المزاج cyclothymia والاكْتئاب الجُزْئِيّ dysthymia.

يتضمن الجزء الخامس وصفاً لطيف من الحالات المتفرقة التي يطلق عليها تقليدياً اسم «الاضطرابات العصابية»، ولكن مظاهرها ليست موحدة بدرجة انسجام مظاهر الاضطرابات الذهانية، وتشتمل هذه الحالات على اضطراب القلق الرهابي وغيره من الاضطرابات القلقية مثل اضطرابات القلق المعمم واضطراب القلق والاكتئاب المختلط واضطراب الهلع (أو القلق النوبي الاشتدادي). كما تشتمل الحالات المصنفة في هذا الجزء على الاضطراب الوسواسي القَهْرِيّ واضطرابات التأقلم واضطرابات الارتكاس للكرب الشديد بما فيها متلازمة الكرب التالي للرض، والاضطرابات التحويلية والتفارقية (مثل النساوة والشُرُود الهِسْتيري hysterical fugue والذُهول التفارقي dissociative stupor والاختلاجات التفارقية وشواش الحس التفارقي وفقده) واضطرابات الجسدنة somatization والاضطرابات جسدية الشكل somatoform disorders التي تتصف بأعراض جسدية ليس لها أساس عضوي ولكن للعوامل النفسية شأن مهم في حدوثها كما في اضطراب التحويل conversion وفي داء المراق hypochondriasis.

يجمع الجزء السادس اضطرابات الأكل واضطرابات النوم الوظيفية وسوء الوظيفة الجنسية غير عضوي المنشأ والاضطرابات السلوكية والنفسية التالية للولادة وتعاطي العقاقير غير المسببة للإدمان.

تغطي اضطرابات الشخصية واضطراب النزوات (مثل القمار وهوس الحرائق وهوس السرقة وهَوَس النَّتْف trichotillomania) واضطراب الهوية الجنسية واضطراب التفضيل الجنسي في الجزء السابع، وتمتاز هذه الاضطرابات بسلوك غير منسجم مع ظروف المريض وبصعوبة تكيف المريض مع وسطه الاجتماعي على نحو يستمر سنوات طويلة تبدأ قرب سن البلوغ وتشمل معظم عمر المريض. ينجم هذا السلوك عن اتباع طرائق غير ناضجه في التعامل مع الكروب وفي حل المشاكل. وتصنف اضطرابات الشخصية بحسب طبيعة السلوك الطاغي إلى اضطراب الشخصية الزورية paranoid personalityواضطراب الشخصية الفصامانية schizoid واضطراب الشخصية اللااجتماعية dissocial (أو المعادية للمجتمع) واضطراب الشخصية غير المستقرة انفعالياً (وله نمطان هما الشخصية الاندفاعية impulsive والشخصية الحدية borderline) واضطراب الشخصية الهستريائية histrionicو اضطراب الشخصية الوسواسية القَهْرِيّة anankastic واضطراب الشخصية القلقة anxious (أو التجنبية avoidant) وغيرها من اضطرابات الشخصية، إضافةً إلى تغيرات الشخصية الجذرية التالية للكوارث أو للإصابة بالأمراض النفسية.

يشغل التخلف العقلي الجزء الثامن من الفصل الخامس في التصنيف العالمي للأمراض، ويخصص الجزء التاسع للاضطرابات التطورية (النمائية) مثل الاضطرابات النفسية النوعية للكلام واللغة والاضطرابات النفسية للمهارات المدرسية والاضطرابات التطورية النوعية للوظائف الحركية والاضطرابات التطورية المدمرة (مثل توحد الطفولة ومتلازمة رت Rett ومتلازمة أسبرجر Asperger).

أخيراً يتضمن الفصل العاشر اضطرابات سلوكية وانفعالية (أو عاطفية) تبدأ عادةً في أثناء الطفولة أو المراهقة مثل اضطراب فرط الحراك hyperkinetic disorder واضطرابات التصرف conduct disorders والاضطرابات القلقية ذات البدء النوعي للطفولة (مثل قلق الانفصال والقلق الرهابي والقلق الاجتماعي وغيرة الأخوة) واضطرابات الأداء الوظيفي ذات البدء النوعي للطفولة (مثل الصُمات الانْتِخابِيّ elective mutism واضطراب التعلق الارتكاسي واضطراب التعلق غير المثبط) واضطرابات العرات العابرة والمزمنة ومتلازمة تورت Tourette's syndrome، وسلس البول الليلي غير العضوي وسلس الغائط غير العضوي والحركات النمطية واضطرابات النطق مثل التأتأة.

خلاصة:

يهدف الفحص الطبي النفسي إلى معرفة المريض وبيئته العائلية والاجتماعية والمهنية، وإلى جمع أعراض يشكو منها المريض وعلامات يلاحظها الطبيب على المريض، على نحو يمكن من التوصل إلى اتفاق مع المريض على تشخيص ما يعانيه من مشاكل طبية وغير طبية، إضافةً إلى تأسيس علاقة مع المريض يستفاد منها علاجياً فيما بعد. ويقدم التشخيص وسيلة لترتيب مجموعة مُتشعبة ومُتوِّهة من مظاهر السلوك المضطرب والتفكير غير المنظم والتجارب الغريبة التي تجلب المريض إلى الطبيب، والتي يجب أن يكون قادراً على فهمها لكي يتمكن من مساعدة المريض على نحو عقلاني ومجدٍ، لذلك يجب أن يتقن الطبيب استخدام أنظمة التشخيص الطبية النفسية ولكن من دون أن ينسى أن تلك الأنظمة مفيدة وموثوقة فقط بمقدار مدى فهمه للاضطرابات المشتملة فيها، وأن تلك الأنظمة تتغير كما تتغير المعارف العامة باستمرار. لذلك لا يجب أن تقتصر غاية الطبيب على إعطاء الاضطراب اسماً مهما كانت أهمية ذلك بل يجب أن تكون الغاية المبتغاة هي مساعدة المرضى الذين يطلبون مساعدته من مشاكل تزعجهم وتسبب لهم إعاقة ما.

الاضطرابات الذهانية

جورج خزعل

الاضطرابات الذهانية (أو النفاسية) psychotic disorders: هي اضطرابات تنجم عمّا يسمى الذهان (أو النفاس) psychosis، والذهان بالمعنى الحرفي أو المجرد للكلمة هو الاضطراب الذي يصيب الذهن أو النفس psyche. لكن علماء النفس أعطوا لهذا المصطلح منذ القرن التاسع عشر معنى خاصاً، أصبح يشير معه إلى مجموعة من الاضطرابات العقلية الكبيرة أو الخطرة التي تصيب الفرد وتؤدي إلى اختلال علاقته بمحيطه وعيشه للواقع بصورة يعيش معها أحلامه وخيالاته على أنها واقع ولا يستطيع التفريق بينهما، ويعزل نفسه عن العالم المحيط به خالقاً لنفسه عالماً خاصاً يكون فيه كلي القدرة، كما أنه لا يعي ولا يدرك مرضه ولا يعترف به، إضافة إلى حدوث أعراض مميزة للذهان كالهلوسة والضُلاَلات. يحرم الذهان المريض من كل احتمال الوصول إلى مستوى عالٍ من الحياة النفسية، ويُطلق عادةً على هذه الحالات باللغة العامية اسم "الجنون"، وهو مصطلح يشيع استعماله أيضاً في المجال القانوني وقد يسمى "فقد العقل".

دأب العلماء منذ القرن التاسع عشر على تقسيم الاضطرابات النفسية تقسيماً عاماً إلى اضطرابات ذهانية واضطرابات عصابية بحسب البناء النفسي للمرضى المصابين بكل منهما والذي يتكون منذ الطفولة: فتجد نظرية التحليل النفسي في الذهان اضطراباً أولياً في العلاقة الشبقية libido مع الواقع، ويعد الأعراض الظاهرة (مثل الضُلاَلات) ليست إلا محاولات ثانوية لإعادة بناء الاتصال مع "الغير"، وترى أن الأشخاص المصابين بالذهان يستعملون وسائل دفاع نفسية أكثر تقهقرية regressive تتطلب العودة إلى النرجسية الأولية (انطواء أو توحُّد فصامي). وعلى النقيض من المريض المصاب باضطراب ذهاني يحافظ المريض المصاب باضطراب عصابي على اتصاله الطبيعي مع الواقع، ولا يخالف المعايير والقواعد الاجتماعية، ويبقى واعياً ومدركاً لمرضه وللتغير الذي أصابه؛ لهذا يعد الاضطراب العصابي من الاضطرابات السطحية على الرغم من أن بعض حالاته تؤثر في حياة المريض تأثيراً كبيراً وتمنعه من العيش على نحو طبيعي.

اعتقد العلماء منذ بدء دراستهم الاضطرابات الذهانية أن لنشوئها أسباباً عضوية مهمة، مثل الوراثة والتغيرات التشريحية المرضية والعوامل الكيميائية الحيوية، وقد أجريت بحوث عديدة ومتنوعة باستخدام وسائل التشخيص الحديثة أدت إلى اكتشاف بعض الموجودات غير الطبيعية عند هؤلاء المرضى، لكنها لم تتوصل حتى الآن إلى نتائج حاسمة حول أسباب الاضطرابات الذهانية.

التصنيف:

يُصَنِّف التصنيف العالمي للأمراض - الطبعة العاشرة (ICD-10) - الاضطرابات الذهانية تحت عنوان "الفصام والاضطرابات فصامية الشكل والضُلالية" على الشكل التالي:

١- الفصام:

أ- فُصَامٌ زَوَرانِيّ paranoid schizophrenia.

ب- فُصَامٌ فَنَدِيّ hebephrenic schizophrenia.

ج- فُصَامٌ جامُودِيّ catatonic schizophrenia.

د- فُصَامٌ لا مُنْتَظِم disorganized schizophrenia.

هـ- الاكتئاب ما بعد الفصام.

و- فُصَامٌ متبقٍّ residual.

ز- فصام بسيط.

ح- فصام آخر.

ط- فصام غير محدد.

٢- الاضطراب فصامي الشكل.

٣- الاضطرابات الضُلَالية المستمرة:

أ- اضطراب ضُلَالي.

ب- اضطرابات ضُلَالية مستمرة أخرى.

ج- اضطراب ضُلَالي مستمر غير محدد.

٤- الاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة:

أ- اضطراب ذهاني متعدد الأشكال من دون أعراض فصامية.

ب- اضطراب ذهاني متعدد الأشكال مع أعراض فصامية.

ج- اضطراب ذهاني حاد شبيه بالفصام.

د- اضطرابات أخرى حادة يغلب عليها الأعراض الضُلَالية الذهانية.

هـ- اضطرابات ذهانية أخرى حادة وعابرة.

و- اضطرابات ذهانية أخرى حادة وعابرة غير محددة.

٥- الاضطراب الضُلَالي المُحرَّض.

٦- الاضطرابات الفصامية الوجدانية:

أ- الاضطرابات الفصامية الوجدانية نمط هوسي.

ب- الاضطرابات الفصامية الوجدانية نمط اكتئابي.

ج- الاضطرابات الفصامية الوجدانية نمط مختلط.

د- اضطرابات فصامية وجدانية أخرى.

هـ- اضطرابات فصامية وجدانية غير محددة.

٧- اضطرابات ذهانية غير عضوية أخرى.

٨- ذهانات غير عضوية غير محددة.

ويتضمن هذا البحث ما يلي:

- الفصام.
- الاضطراب الضُلَالي.
- الاضطراب الذهاني الحاد.
- الاضطراب فصامي الشكل.
- الاضطراب الفصامي الوجداني.
- الاضطراب الضُلَالي المشارك.
- الاضطراب الذهاني غير المذكور في مكان آخر.

وهناك الذهان التالي للولادة، وقد أُفرد له بحث خاص [ر. الاضطرابات النفسية المرافقة للحيض والحمل والولادة].

أولاً- الفصام schizophrenia:

هو اضطراب أسبابه غير محددة بدقة حتى الآن، يصيب التفكير الذي يتميز بالانحراف عن الواقع أحياناً، إضافة إلى وجود هلوسات وضُلالات يرافقها تقطع في ترابط التفكير يؤدي إلى تأذٍّ واضح في الكلام. وتضم اضطرابات المزاج المشاهدة في الفصام تعارضاً وجدانياً واستجابات وجدانية غير ملائمة ومحدودة. وتتظاهر الاضطرابات السلوكية بالانسحاب والخمول وببعض النشاطات الغريبة. والفصام لا يعد من الاضطرابات المعرفية، غير أنه يسبب بعض التأذي المعرفي مثل صعوبة التفكير المجرد وتأذي معالجة المعلومات.

يعد الفصام من الأمراض المزمنة، ويتضمن سيره الطبيعي طوراً بادرياً وطوراً فعالاً وطوراً متبقياً، ويتميز الطوران البادري والمتبقي بأشكال مخففة من أعراض الطور الفعال؛ مثل التفكير الغريب أو السحري، وعجز المريض عن العناية بنفسه، وضعف القدرة على إقامة علاقات مع الآخرين.

نقص في الولايات المتحدة الأمريكية عدد المصابين بالفصام الذين يقيمون في المستشفيات الطبية النفسية أكثر من ٥٪ بفضل سياسة إخراجهم من المستشفيات deinstitutionalization، التي أصبح معها أكثر من ٨٠٪ من المصابين بالفصام يتلقون علاجهم في المجتمع بوصفهم مرضى خارجيين.

لمحة تاريخية:

أطلق الطبيب النفسي البلجيكي Benedict Morel على هذا المرض اسمه الأول "الخرف الباكر dementia praecox" في العام ١٨٥٢م، وفي العام ١٨٨٦م استعمل الطبيب النفسي الألماني Emil Kraeplin هذا التعبير لوصف مجموعة من الأمراض التي تبدأ في البلوغ، واعتقد أنها تنتهي بحالة تشبه تلك التي تُميّز الخرف. وضع الطبيب النفسي السويسري Eugen Bleuler في العام ١٩١١م اسم المرض الحالي "الفصام"، ويعني انقسام التفكير أو انشطاره، مشيراً إلى أن إنذار الفصام ليس سيئاً في كل الحالات، وقال إن الفصام يتكون من مجموعة اضطرابات أكثر منه وحدة مرضية متميزة ومستقلة، وإنه لا يوجد عرضٌ واحد دامغٌ له. ثم قسم أعراض الفصام إلى أساسية وإضافية؛ تتكون الأعراض الأساسية من تناقض وجداني، واضطرابات عاطفية، واضطرابات ترابط الأفكار، وتوحد (انطواء على الذات)، أما الأعراض الإضافية فتتضمن الضُلَالات والهلوسات والسلبية. أتى بعد ذلك الطبيب النفسي الألماني شنايدر Schneder عام ١٩٥٩م وقسم **أعراض الفصام** إلى أعراض من الدرجة الأولى، وأعراض من الدرجة الثانية، تتضمن أعراض **الدرجة الأولى:**

١- أفكاراً مسموعة: يسمع المريض أصواتاً تقول أفكاره أو يسمع صدى تفكيره.

٢- أصواتاً تتجادل: يسمع المريض صوتين أو أكثر يتجادلان.

٣- أصواتاً تعلق على أفعال المريض.

٤- ظواهر غريبة الأفكار التي تشمل غرز الأفكار وسحب الأفكار وبث الأفكار [ر. الفحص والتشخيص في الطب النفسي].

٥- تجارب اللافاعلية التي يشعر فيها المريض بأن قوى خارجية لا يمكنه مقاومتها تتحكم بمشاعره أو دوافعه أو إرادته أو أفعاله أو حواسه [ر. الفحص والتشخيص في الطب النفسي].

٦- (الضُلال الأولي primary أو الأصلي autochthonous) الذي يُعرف أيضاً باسم الإدراك الضُلالي delusional perception.

أما أعراض الدرجة الثانية فتشتمل على أشكال أخرى للهلوسات مع ارتباك العواطف واضطرابها، ويعتقد أن أهميتها ثانوية في التشخيص، إذ إنها ليست نوعية لتشخيص متلازمة الفصام، بل يمكن مشاهدتها في

اضطرابات طبية نفسية أخرى كاضطرابات المزاج، أو الاضطرابات النفسية العضوية الناجمة عن أذية دماغية.

ليس من الضروري أن تشاهد كل الأعراض السابقة في المريض الواحد، إذ إن للفصام أشكالاً متعددة يختلف أحدها عن الآخر اختلافاً كبيراً؛ فقد تلاحظ في مريض أعراض تختلف اختلافاً كبيراً عن الأعراض الموجودة عند مريض آخر؛ ولهذا السبب يفضل بعضهم تسميتها بالمتلازمات الفصامية، ويعتقدون أنها تنتمي إلى تغيرات واضطرابات عضوية دماغية متغايرة وغير معروفة حتى الآن، لكن الذي يميز كل هذه المتلازمات هو التفكك والانحلال اللذان يصيبان الحياة النفسية في مختلف قطاعاتها، مثل التفكير والإرادة والعاطفة والعلاقات مع الآخرين... إلخ.

الوبائيات:

ينتشر مرض الفصام في كل الثقافات والأعراق، ويقدر معدل انتشاره بنحو ١٪؛ أي إن شخصاً من كل مئة شخص يصاب بالفصام في فترة الحياة الطبيعية، وهو يصيب الذكور والإناث على نحو متساوٍ تقريباً، ويبدأ بعمر مبكر، وهو أكثر حدوثاً بين عمر ١٥ و٣٥ سنة؛ ويسمى مبكراً إذا بدأ قبل عمر ١٠ سنوات، ويسمى متأخراً إذا بدأ بعد عمر ٤٥، ويبدو أن سن البدء أبكر عند الرجال مما عند النساء. وقد لوحظ أنه يصيب المولودين في فصل الشتاء أكثر من المولودين في فصلي الربيع والصيف في كلا نصفي الكرة الشمالي والجنوبي، وأن إصابة الأم بالأنفلونزا في أثناء الحمل قد يزيد من احتمال الإصابة عند الولد بعد البلوغ. تزداد نسبة الوفيات عند الأشخاص المصابين بالفصام مقارنةً مع عامة الناس، إذ إن نحو ١٠٪ من المصابين بالفصام يموتون انتحاراً، وأكثر من ٤٠٪ منهم يفرطون باستعمال الأدوية أو الكحول.

الأسباب:

يمكن القول منذ البدء إنه لا يمكن إيجاد سبب واحد يفسر حدوث هذا المرض، وإنما ينجم عن تداخل عوامل عديدة وتفاعلها، وراثية وبيولوجية واجتماعية ونفسية... إلخ؛ إذ تتعاضد هذه العوامل بمجملها لتكون هذه الظاهرة المرضية الخطرة، ويمكن تفسير ذلك بتنوع أعراض المرض وإنذاره. ويختلف الباحثون كثيراً بتقدير أهمية هذه العوامل، فيركز بعضهم على العوامل الداخلية البيولوجية، في حين يعطي آخرون أهمية كبيرة للعوامل النفسية والاجتماعية.

١- العوامل الوراثية: تشير معظم الدراسات - القديمة منها والحديثة - إلى وجود عامل وراثي في إحداث مرض الفصام، ولكن لم تثبت نظرية الجين الوحيد ولا نظرية الوراثة متعددة الجينات على نحو قاطع وعلى الرغم من أن الثانية تبدو أكثر ثباتاً. أما دراسة علاقة القربى فتشير إلى أن نسبة الحدوث في عائلات المرضى بالفصام أعلى منها مقارنة مع عامة الناس، وهذا ما دلت عليه دراسة التوائم الحقيقية والكاذبة، فنسبة الحدوث في التوائم وحيدة البيضة أعلى منها في التوائم ثنائية البيضة، كما هو موضح في الجدول رقم ١، علماً بأن وراثة الفصام ليست مرتبطة بالجنس، فليس مهماً فيما يتعلق بالخطورة أي من الوالدين هو المصاب.

العينة	انتشار الفصام ٪
عامة الناس	١-١,٥
أقرباء درجة أولى لمريض بالفصام	١٠-١٢
أقرباء درجة ثانية لمريض بالفصام	٥-٦
أولاد والدين مصابين بالفصام	٤٠
التوائم وحيدة البيضة	٤٠-٥٠
التوائم ثنائية البيضة	١٠-١٥

الجدول (١) معدلات انتشار الفصام عند عينات محددة من الناس.

٢- العوامل الجسمية والحيوية: يعتقد بعضهم أن الذهان الدوائي المحرض بإعطاء بعض العقاقير مثل LSD أو مسكالين mescaline أو غيرهما من المهلوسات ذات التراكيب القريبة من الأمينات الأحادية الدماغية يثبت أن سبب الفصام هو اضطراب كيميائي حيوي على مستوى الدماغ. وقد ركزت بعض الدراسات القديمة على البحث عن مُستَقلَب سميّ يشك بأنه يسبب اضطراباً في النشاط العقلي، وقد وجد أن إزالة الميتيل من الكاتيكول أمين يعطي مركباً يشبه المسكالين المهلوس. ولكن النظريات الأكثر قبولاً في الوقت الحاضر هي تلك التي تقول إن زيادة نسبة بعض الأمينات الوسيطة في الجملة العصبية المركزية، وخاصة في مستقبلات ما بعد المشبك العصبي، كالدوبامين والسيرتونين وغيرهما لها تأثير في إمراض الفصام.

أ- فرضية الدوبامين dopamine hypothesis: تقول فرضية الدوبامين إن زيادة فعالية الدوبامين في الجهاز الحوفي limbic system تؤدي إلى حدوث أعراض ذهانية إيجابية، في حين يؤدي نقص فعالية الدوبامين في المنطقة الجبهية إلى حدوث أعراض الفصام السلبية. وتعتمد هذه

الفرضية على وجود مستقبلات دوبامينية غير طبيعية أو مفرطة الحساسية، أو تحرر غير طبيعي للدوبامين (زيادة أو نقصاً)، كما تعتمد هذه الفرضية أيضاً على التأثيرات النفسية للأدوية التي ترفع مستوى الدوبامين (مثل الأمفيتامين والكوكائين) والتأثيرات المضادة للذهان لمضادات المستقبلات الدوبامينية (مثل الهالوبيريدول). وقد تم تعرف عدة أنواع من مستقبلات الدوبامين، من D1 حتى D5، وقد يكون للمستقبل D1 شأن مهم في الأعراض السلبية.

ووجدت علاقة بين مستويات مستقلبات الدوبامين من جهة وبين شدة الأعراض الذهانية والاستجابة العلاجية من جهة أخرى، ولكن يمكن القول إن فرضية الناقل العصبي الوحيد تبدو بسيطة وغير مكتملة.

ب- فرضية السيروتونين serotonin hypothesis: وجد استقلاب سيروتونيني غير طبيعي (بنقص سيروتونين المصل أو بزيادته) عند بعض مرضى الفصام المزمنين، كذلك تأكد أن مضادات المستقبل السيروتونيني 5HT2 مهمة في تحسين الأعراض الذهانية والاضطرابات الحركية المرتبطة بمضادات مستقبل الدوبامين D2، واتهمت دراسات متعلقة باضطرابات المزاج الفعالية السيروتونينية بالضلوع في السلوك الاندفاعي والانتحاري المشاهد عند الأشخاص المصابين بالفصام.

ج- فرضية حَمْض الغاما-أمينُوبوتيريك GABA hypothesis: تقول إن نقص فعالية حَمْض الغاما-أمينُوبوتيريك تؤدي إلى زيادة فعالية الدوبامين.

د- فرضية النورأدرينالين noradrenaline hypothesis: ترى أن زيادة مستوى النور أدرينالين في مرضى الفصام يؤدي إلى زيادة حساسية الحواس.

هـ- فرضية الغلوتامات glutamate hypothesis: تقول إن نقصاً وظيفياً في مستقبلات الغلوتامات قد يكون مسؤولاً عن ظهور كل من الأعراض الإيجابية والأعراض السلبية في المصابين بالفصام.

و- فرضية التطور العصبي: لوحظ حدوث هجرة خلايا عصبية دماغية هجرة غير طبيعية في الثلث الثاني من الحياة الجنينية، وقد يسبب ذلك حدوث وظيفة عصبية غير طبيعية ربما رافقها لاحقاً ظهور أعراض مرض الفصام حول سن البلوغ.

٣- العوامل الاجتماعية والثقافية: من الملاحظ أن الفصام يكثر في المدن الكبرى التي يزيد عدد سكانها على المليون نسمة، وعلى نحو خاص في ضواحيها وأحيائها الفقيرة، وفي الطبقات ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض، مع أن بعضهم يقول إن مستوى الحياة المتدني للمصابين بالفصام هو نتيجة للمرض وليس سبباً له؛ لأنهم يلاحظون أن مستوى الحياة لدى أسر المرضى عند ولادتهم لا يختلف عن مستوى الحياة لدى عامة الشعب. إن تطور المجتمع السريع، والاتجاه نحو التصنيع والمدنية، إضافة إلى كثرة حالات الهجرة تؤدي إلى صعوبات في التكيف، مما يزيد من احتمال حدوث المرض.

يكثر الفصام أيضاً عند غير المتزوجين، ويعتقد أن ذلك ناجم عن ضعف الرغبة الجنسية أو غيابها في المصابين بالفصام، إضافة إلى العزلة الاجتماعية التي يعيشها المريض، ومن الملاحظ أن اضطراب الوسط الأسري الذي يعيش فيه الإنسان ولاسيما حين وجود خلافات زوجية كبيرة، مع انفصال الزوجين ولاسيما في حالات الطلاق يؤهب لحدوث الفصام. ومع أن أعراض المرض الأساسية موجودة ومتشابهة في كل البلدان والثقافات فإن تطور المرض وشكله يختلفان باختلاف البيئة والثقافة المسيطرة في البلد؛ ففي بلد ما يكثر نوع من الضُلالات دون غيرها، أو تكثر أشكال سريرية معينة.

٤- العوامل النفسية: يدرس تحت هذا العنوان أثر الأسرة؛ لأنها الوسط الأول الذي ينشأ ويترعرع فيه الإنسان، ومن خلاله يتصل بالآخرين وتتكون شخصيته وأثناء بتمثل مواقف ومشاعر ورموزاً صادرة عن الأم خاصة. تمتاز العائلات التي يصاب أحد أبنائها بالفصام بأن الوالدين غير قادرين على إقامة علاقة عاطفية مستقرة ومتماسكة مع طفلهما، ولاسيما في المرحلة الحاسمة من تكوين شخصيته، وعندها ستكون علاقة الطفل مع "الغير" خاطئة منذ البدء بسبب الحرمان العاطفي والإحباط. ويكون دور الأب في تلك العائلات سلبياً وغائباً، في حين يتجلى دور الأم بالإفراط في حماية الطفل، وبحب السيطرة، مع اتخاذ مواقف متناقضة إزاء ابنها. ويوجد اضطراب وغموض في علاقة الأبوين أحدهما بالآخر، يرافقه عدائية واحتقار متبادل، غالباً ما يكون ذلك خفياً وغير مصرح به، وتكون علاقاتهما خارج إطار الأسرة قليلة .

٥- الكرب النفسي وحوادث الحياة: تسبق حوادث الحياة العنيفة والمترافقة بكرب نفسي مهم أحياناً ظهور الفصام أو تسرع من انتكاسه، كذلك فإن رضوض الرأس، والرضوض الولادية والكحولية قد تكون مسؤولة عن حدوث هذا المرض. وعند تقييم أهمية حوادث الحياة في نشوء المرض يجب عدم إهمال أكثر الحوادث التي يذكرها أهل المرضى لتسويغ مرض

أولادهم، إذ غالباً ما تكون حوادث عادية وعديمة الأهمية (إخفاق في الحب، أو رسوب مدرسي، أو رض جسدي بسيط...إلخ).

الموجودات المخبرية والفيزيولوجية:

يكون مخطط الدماغ الكهربائي طبيعياً عند معظم المصابين بالفصام، لكن يبدي بعضهم نقصاً في نشاط موجات ألفا وزيادة في نشاط موجات تيتا ودلتا. وقد كشفت الدراسات المناعية عند بعض المصابين وجود خلايا لمفاوية شاذة، ونقصاً في عدد الخلايا اللمفاوية الطبيعية القاتلة، كما وجدت بعض الدراسات الغدية عند بعض المرضى نقصاً في مستوى كل من L.H وF.S.H، ونقصاً في تحرر البرولاكتين وهرمون النمو عقب التحريض بوساطة غونادوتروبين (G.R.H) وثيروتروبين (T.R.H).

أما بالاختبارات النفسية فتلاحظ أجوبة غريبة عند المصابين باستخدام الاختبارات الإسقاطية مثل اختبار رورشاخ Rorschach test، أو اختبار تفهم الموضوع الذي تُعرض فيه صورة حيادية يطلب من المريض شرحها. كذلك يبدي أهل المصابين انحرافاً عن القيم الطبيعية في الاختبارات الإسقاطية بالمقارنة مع أهل أشخاص طبيعيين. أما مستوى الذكاء فقد وجد لدى المصابين بالفصام مستوى حاصل ذكاء IQ أقل بالمقارنة مع مرضى غير مصابين، ويتدنى مستوى الذكاء مع تقدم مرض الفصام.

تبين الدراسات الفيزيولوجية العصبية وجود نقص في الخلايا العصبية وزيادة في الدبق العصبي، وعدم انتظام البناء العصبي واستحالة الجهاز الحوفي (اللمبي) عند المصابين بالفصام. ويلاحظ بتصوير الدماغ بالتصوير المقطعي المحوسب ضمور قشرة الدماغ في ١٠-٣٥٪ من المصابين، وتوسع البطينات الجانبية والبطين الثالث في ١٠-٥٠٪ منهم، كما يلاحظ أحياناً ضمور في الدودة المخيخية ونقص في كثافة النسيج الدماغي. ويظهر تصوير الدماغ بالرنين المغنطيسي نقص حجم الحصين hippocampus واللوزة، ونقص حجم الجملة الحوفية (اللمبية) يرتبط بشدة المرض. أما التصوير المقطعي بإصدار البوزيترون (PET) positron emission tomography فيكشف عند بعض المصابين بالفصام نقصاً في الاستقلاب في الفصين الجبهي والجداري، وأحياناً نقص استهلاك الغلوكوز في الفص الصدغي المسيطر. ويبدي تصوير الدماغ بالرنين المغنطيسي الطيفي magnetic resonance spectroscopy (MRS) وجود نقص استقلاب في المنطقة الظهرية الجانبية من مقدم الفص الجبهي، ويلاحظ بقياس جريان الدم الدماغي نقص جريان الدم الدماغي الشامل عند بعض المرضى، مع زيادته في الفص الجداري.

أما الفحص العصبي السريري فيكشف علامات عصبية صغرى في ٥٠-١٠٠٪ من المصابين بالفصام، كعودة المنعكسات البدائية (القبض)، كذلك وجد أن معدل ضربات القلب بالراحة أعلى في الفصاميين منه في الأشخاص الطبيعيين.

الدراسة السريرية:

فيما يلي عرض لكل الأعراض والعلامات التي يمكن أن تشاهد في الفصام بأشكاله المختلفة:

١- **الأداء العام:** ينحدر مستوى الأداء العام للمريض، ولا يستطيع الوصول إلى المستوى المتوقع منه.

٢- **اضطرابات التفكير:** لا يوجد نقص في حاصل الذكاء، على الأقل في بدء المرض، بل يوجد عدم مقدرة وظيفية على استعمال المعارف المكتسبة بسبب عدم تناسق الأفكار. ومن أهم اضطرابات التفكير المشاهدة في الفصام:

أ- **اضطرابات شكل التفكير:** مثل حَصَر الأفكار، والإطناب (أو الإسهاب، أو تراخي الترابط)، والماسية، وتطاير الأفكار أو تَشاردها، وتفكير حركة الفارس (أو الخروج عن الخط)، واستخدام مفردات مستجدة [رَ بحث: الفحص والتشخيص في الطب النفسي].

ب- **اضطرابات محتوى التفكير:** مثل الضُلال الذي ترافقه أحياناً مختلف أنواع الهلوسات السمعية والبصرية والشمية والذوقية واللمسية والحشوية (كالإحساس بتيار كهربائي يمر عبر الجسم، أومس الأعضاء التناسلية). تشاهد أيضاً عند المريض إضافة إلى الهلوسات مختلف الآليات المولدة للضُلَال كالتفسير والحدس والتخيل. تتضمن الضُلَالات ظواهر غرية الأفكار وتجارب اللافاعلية، والضُلال الاضطهادي وضُلال الإسناد (أو الوهام المرجعي) وضُلال العظمة والضُلال الشبقي وضُلال الغيرة والضُلال الجسدي [رَبحث: الفحص والتشخيص في الطب النفسي].

إن ما يميز الضُلال في الفصام الزوراني هو غياب التنظيم والترتيب، وغياب الروابط المتماسكة بين مختلف المواضيع التي تكون غريبة وغير دقيقة وغامضة، أما ارتباط المريض بالضُلَال فغالباً ما يكون ضعيفاً.

٣- **اضطرابات الكلام speech disorders**: مثل شح الأفكار والصمات mutism (أو الخرس من دون اضطراب عضوي)، والوظوب واللفظ الصدوي echolalia، واستخدام مفردات مستجدة، والسلطة الكلامية (أو الثَرْثَرَة الهَذَيانِيَة) [رَبحث:

الفحص والتشخيص في الطب النفسي]. ويستعمل بعض المرضى الألغاز في كلامهم، ويجيبون عن الأسئلة إجابات غير دقيقة، ومغايرة للحقيقة، أو يجيبون عن الأسئلة بسؤال فيه شيء من الغموض والفلسفة.

٤- **تبدد الشخصية depersonalization**: وهو فقد الإحساس بفردية الشخص، إذ يشعر المريض أنه لم يعد هو نفسه، يصيب التبدد تكامل الجسم والهوية، ويرافقه إحساس يتصف بالغرابة، وأحياناً تشوش العالم الخارجي. يرافق تبدد الشخصية قلق شديد، ويكون إما فجائياً وإما خفياً، يشير إلى حالة تجزؤ الجسم، فيتأمل المريض يديه أو وجهه أمام المرآة (علامة المرآة)، ويحس المريض كذلك بتغير شكله وحجم أعضاء جسده.

٥- **اضطراب الوجدان**: تحدث عند المريض برودة في العواطف والانفعالات، مع لا مبالاة قد تصل بالمريض إلى حالة من الانعدام الانفعالي الكامل. يحدث هنا ما يسمى بالتناقض الوجداني ambivalence، إذ يحمل كل دافع عاطفي موقفين متناقضين في وقت واحد، كالحب والكراهية، وكالرغبة في جذب الآخرين والاعتداء عليهم، تتبع ذلك تصرفات غريزية عاطفية متناقضة، كطلب المساعدة ثم رفض الاتصال. أما فيما يتعلق بالجنس فيأخذ منحى يبتعد عن العلاقة بالآخرين فيصبح المريض ذاتي المتعة واستمنائياً، أو تظهر لديه رغبات جنسية كان يجب أن تكون مكبوتة في الحالة الطبيعية كالمحرمات، والجنسية المثلية.

أخيراً يشاهد التقلب الوجداني السريع، أي التحول السريع من حالة وجدانية إلى أخرى من دون سبب، كالانقلاب من الضحك إلى البكاء. وقد يلاحظ تنافر بين محتوى التفكير والاستجابة الانفعالية، كأن يضحك في أثناء الحديث عن موت قريب له.

٦- **الاضطرابات الحركية النفسية psychomotor disorders**: هي عدم الانسجام والشذوذ في الفعالية النفسية الحركية، كعدم اتخاذ القرار في الحركة، والحركات الآلية والتصنّع mannerism في أداء الحركات. تظهر على وجه المريض بعض التعابير، كتقطيب الوجه، والضحك غير المعلل. يحدث أيضاً ما يسمى بالنمطية stereotypy، وهي تكرار الحركة نفسها (حك، أو هز الرأس والجذع)، أو السلوك نفسه (تنزه أو رسائل أو رسوم). يشاهد الجامود أو التخشب catatonia في الأشكال القديمة من الفصام، أو في أثناء تطور حاد، وهو عدم القدرة على الحركة والمحافظة على بعض الأوضاع العفوية أو المفروضة (مخدة نفسية، أو يد معلقة في الهواء، أو يد تستمر في المصافحة). يكتسب الجسم أحياناً قابلية للمطاوعة فيصبح كقالب الشمع، ويسمى بالمطاوعة الشمعية waxy flexibility بأن يحافظ جسم المريض على الوضع الذي يقولب فيه. من أشكال الجامود أيضاً ما يسمى بالخبل أو بالذهول stupor الذي يتميز بالبطء الشديد في النشاط الحركي، أو فقد كامل لكل فعالية حركية (إيمائية أو كلام، أو حركة)، يبدو فيها المريض غير مدرك لما يجري حوله. تشاهد أحياناً بعض الأعراض التي تدل على إيمائية مدهشة كتكرار الحركة التي يراها، وتقليد تعابير وجه الشخص المقابل له بما يسمى بالصدى الحركي echopraxia، أما فرط الحراك hyperkinesia فيعبر عنه بهياج نمطي مع صراخ وصخب على نحو اندفاعي. وأخيراً قد يحدث عند المريض خاصة في الأشكال الجامودية اضطرابات عصبية إنباتية واستقلابية كاضطراب الإفراز، والوذمات.

٧- **المُمَانَعَة negativism**: مقاومة كل المحاولات التي تهدف إلى تحريك المريض، تتظاهر برفض اليد الممدودة إلى المريض للمصافحة، والاختباء تحت الأغطية، وإغماض العينين.

٨- **الاضطرابات السلوكية**: كالكسل واللامبالاة؛ مما يؤدي إلى إهمال المريض مسؤولياته الأسرية أو المدرسية أو المهنية، أو حدوث هياج نمطي مع صراخ وصخب على نحو اندفاعي. كذلك يشاهد عدم انسجام عاطفي، واندفاع يؤدي بالمريض إلى محاولات انتحارية غريبة ومعقدة، أو إلى البتر الذاتي مع تصرفات مازوشية (حرق الجسم بأعقاب السجائر). أما الاعتداء على الآخرين فهو نادر الحدوث، لكنه يتصف بالفجائية، والاندفاع وغياب المسوغات، كذلك شأن حوادث القتل.

أشكال البدء في الفصام:

قد يبدأ الفصام بدءاً حاداً ومفاجئاً فيسهل تشخيصه باكراً، أو يبدأ تدريجياً فيتأخر تشخيصه. قد يأخذ البدء المفاجئ شكل هجمات ضُلَالية وهلوسية حادة، أو شكل متلازمة تخليطية أحلامية، أو يتظاهر بأعراض هوسية أو اكتئابية لا نموذجية ترافقها بعض أعراض الفصام، وخاصة عند الشباب. أما البدء التدريجي فقد تسبقه أعراض بادرية تستوجب استشارات تربوية ومهنية تسبق الاستشارة الطبية النفسية. وتتضمن الأعراض البادرية انخفاض النتاج الذهني (إخفاق مدرسي مفاجئ أو ترك العمل)، وتغيراً في الطباع (عدوانية نحو الأسرة أوعزلة)، والإقلاع عن النشاطات أو الهوايات المختلفة (موسيقى أو رياضة أو قراءة) من دون مسوغ، والاندماج في طوائف دينية، والاهتمام بالسحر

والعلوم الغريبة، ومرافقة المدمنين أو فرط تناول الأدوية. وقد تتكون الأعراض البادرية من اضطرابات قلقية مثل الإصابة بقلق غامض مجرّد (كالخوف من توقف الأرض عن الدوران)، أو غير واقعي (كالخوف من عدوى مرض تناسلي)، أو باضطراب رهابي كاذب (كإحساس المريض بأنه مراقب في الشارع)، أو بأعراض وسواسية مختلفة، أو بأعراض مراقية تتعلق على نحو خاص بوظيفة جهاز الهضم (كالإحساس بالتسمم أو الشكوى من إمساك عنيد كاذب)، أو بالأعضاء التناسلية (كقناعة مريضة ما بحمل غير موجود، أو قناعة مريض بضمور القضيب). هناك أيضاً خوف المريض من أن يصبح قبيحاً، أو يشكو أن أحد أعضاء جسده (أنف، ثدي، عين... إلخ) صار كريهاً ومنفراً، ويطالب بتداخلات جراحية تجميلية لا مسوغ لها.

أمام هذه الأعراض المتدرجة عند مريض بارد لا مبالٍ يجب إجراء الفحص الطبي النفسي الشامل بما فيه الفحص الجسدي اللازم لاستبعاد الأمراض العضوية العصبية أو الغدية أو غيرها.

الأشكال السريرية:

للفصام أشكال سريرية متعددة تبعاً للأعراض التي يعاني منها المريض، وبدء المرض، وشكله (حاد أو خفي) وتطوره، وأهم الأشكال المشاهدة هي الفُصَام الزَوَرانِيّ، والفُصَام الفَنَدِيّ، والفُصَام الجامُودِيّ، والفُصَام اللاممِيز، والفُصَام المُتَبَقّي، إضافةً إلى أشكال أخرى للفصام.

١- الفُصَام الزَوَرانِيّ paranoid schizophrenia: يتأخر بدء الفصام الزوراني نسبياً عن الشكل الفَنَدِيّ والجامُودِيّ، إذ يبدأ في نهاية العشرينيات أو الثلاثينيات من العمر، وهو ما يساعد المرضى على بناء حياة اجتماعية تخدمهم في أثناء مرضهم. كما أن "الأنا" عندهم تكون أقوى من الموجودة في الشكلين الآخرين، ويبدون تراجعاً أقل في مقدراتهم العقلية والانفعالية والسلوكية. يتصف هذا الشكل بغناه بالأعراض الضُلالية، مع هلوسات كثيرة التردد، في غياب التصرفات النوعية التي تفترض وجود الشكل غير المنظم أو الجامودي. أكثر الضُلالات مشاهدة هي الضُلالات الاضطهادية والعظمة والإسناد والغيرة، أما الهلوسات فهي سمعية غالباً مع احتمال وجود كل أنواع الهلوسات الأخرى من بصرية وشمية وذوقية وحسية وجنسية. تكون الضُلالات ثانوية للهلوسة، ولكن قد تحدث أيضاً بآليات أخرى كالتفسيرية والتخيلية والحدسية. يتميز المصابون بالفصام الزوراني بأنهم متوترون وحذرون ومتحفظون وشديدو الشك، وقد يكونوا عدائيين، لكنهم قد يعيشون حياة مقبولة في ظل أوضاع اجتماعية محددة، وقد يبقى ذكاؤهم سليماً. يسير الفُصَام الزَوَرانِيّ سيراً نوبياً، إذ يعاني المريض من هجمات متعددة يفصل بينها فترات من التحسن النسبي، وقد يسير المرض أحياناً سيراً تدريجياً على نحو مزمن منذ البدء.

٢- الفُصَام الفَنَدِيّ hebephrenic schizophrenia: يتميز الفُصَام الفَنَدِيّ ببدئه المخادع والمبكر (قبل الـ ٢٥، لذلك قد يسمى الفصام الشبابي)، مع غياب الأعراض التي تحقق معايير الشكل الجامودي، وغياب الضلالات أو ضعفها. يتميز المصابون بهذا الشكل بنشاطات غير هادفة، وبطريقة غير بناءة، واضطراب واضح في التفكير مع اتصال ضعيف بالواقع. يدل مظهرهم الشخصي وسلوكهم الاجتماعي على التقهقر والتهدم، مع تراجع في مجالات الذكاء واللغة والعاطفة، وتكون استجاباتهم الانفعالية غير متلائمة، فقد ينفجرون في الضحك من دون أي سبب، يكثر عند هؤلاء المرضى العبوس (التكشير) أو الابتسام غير الملائم، ويمكن وصف سلوكهم بالسذاجة أو الحماقة. يصل الحال بالمريض أخيراً إلى مرحلة التهدم والفناء غير القابلة للعودة، إذ يهمل نفسه ويهمل العناية بجسمه وقد يتمرغ بمفرغاته، مما يؤدي به إلى حالة شبيهة بالعته. إن إنذار هذا الشكل سيئ على نحو عام، كما أن الاستجابة للعلاج ضعيفة نسبياً.

٣- الفصام الجامودي catatonic schizophrenia: تقل مشاهدة الفصام الجامودي هذه الأيام، والأكثر منه مشاهدة هو الفصام الفَنَدي الجامودي، الذي يتصف بوجود أعراض الفصام الفَنَدي، إضافة إلى بعض الأعراض الجامودية. المظهر الأساسي للفصام الجامودي هو الخلل الواضح في الوظيفة الحركية التي قد تتضمن الذهول، والسلبية التامة، والصلابة العضلية حتى الجمود الكامل والإثارة، أو اتخاذ وضعيات معينة والثبات عليها، إذ يأخذ المريض فيها أحياناً وضعية الجنين، وتدوم مدة محدودة ثم تعاود على نحو دوري. تتناوب في بعض الحالات عند المصاب بالفصام الجامودي وعلى نحو سريع نوب الإثارة والذهول. ومن الصفات المرافقة لهذا الشكل النمطية الحركية، والتصنع، والليونة الشمعية. كما يكثر حدوث الصُمات أو الخرس. يحتاج المرضى خلال مراحل الإثارة أو الذهول إلى مراقبة دقيقة لتجنب إيذاء أنفسهم أو إيذاء الآخرين، كما يحتاجون إلى عناية طبية بسبب سوء التغذية والإنهاك والأذيات المحدثة ذاتياً.

٤- الفصام اللاممَيَّز undifferentiated schizophrenia: نموذج من الفصام كثير المشاهدة، يشخص حين يكون لدى

المريض أعراض فصامية مؤكدة (ضُلالات أو هلوسات أو عدم ترابط، اضطرابات سلوكية شديدة وواضحة) لا يمكن إدراجها تحت أي شكل من أشكال الفصام السابقة.

٥- الفصام المتبقي residual schizophrenia: يتميز الشكل المتبقي بزوال الضُلالات والهلوسات وعدم الترابط والسلوك غير المنتظم، لكن مع استمرار وجود برهان على الاضطراب من خلال وجود اثنين أو أكثر من الأعراض المتبقية، وهي الانسحاب الاجتماعي والفتور الانفعالي.

٦- أشكال أخرى للفصام:

● **الفصام الإيجابي والفصام السلبي**: قد يصنف الفصام ببساطة إلى شكلين: الشكل١: فصام إيجابي، والشكل٢: فصام سلبي تبعاً لوجود أعراض إيجابية أو سلبية سائدة عند المريض. تشتمل الأعراض الإيجابية على الهلوسات واضطراب شكل التفكير والسلوك الغريب والإسهاب الكلامي، أما الأعراض السلبية فتشمل البرودة أو الفتور الانفعالي والفقر الكلامي وحصار الأفكار وفقد الدافع وفقد المتعة والانسحاب الاجتماعي والتراجع المعرفي وعجز الانتباه. يتضمن الشكل الأول أعراضاً إيجابية أكثر، في حين يتضمن الشكل الثاني أعراضاً سلبية أكثر.

● **الشكل الازوراري paraphrenia**: يشير هذا المصطلح إلى عدة معان؛ مما جعل استخدامه يقل مع الوقت، يستخدم أحياناً مرادفاً للفصام الزوراني، أو أنه وصفٌ لحالة تدهور تدريجي للمرض، أو لوجود نظام ضُلالي منظم على نحو جيد.

● **الفصام البسيط simple schizophrenia**: يتطور ببطء وعلى نحو خفي، يحدث عند شخصيات مرضية مهيأة للفصام متحفظة، خجولة، تفضل العزلة والهروب من المواجهة. تشاهد غرابة في التصرفات وميل للبقاء في السرير، وفقد الدوافع والطموحات، مع فقر ولا مبالاة عاطفية، ونمطية الحياة وتكرارها. أما الضُلالات والهلوسات ففقيرةٌ عادةً في هذا الشكل، أو غائبة أحياناً.

● **الفصام ذو البدء المبكر early-onset schizophrenia**: يبدأ الفصام فيه في مرحلة الطفولة، وهو نادر الحدوث.

● **الفصام ذو البدء المتأخر late-onset schizophrenia**: يبدأ هذا الشكل بعد الـ ٤٥، ويكثر عند النساء، ويغلب فيه الشكل الزوراني، واستجابته للعلاج جيدة.

التشخيص:

يشترط لتشخيص الفصام بحسب التصنيف العالمي للأمراض - الطبعة العاشرة ICD-10 - مشاهدة عرض واحد واضح على الأقل (أو اثنين أو أكثر إذا كان أقل وضوحاً) ينتمي إلى أي واحدة من المجموعات التالية المرقمة من ١-٤، أو مشاهدة عرضين على الأقل من المجموعات المرقمة من ٥-٨:

١- غرز الأفكار، سحب الأفكار، بث الأفكار، صدى الأفكار.

٢- ضُلال السيطرة أو التأثير أو اللافاعلية المتعلق بوضوح بحركة الجسم أو الأطراف، أو بأفكار أو أفعال أو أحاسيس نوعية؛ الإدراك الضُلالي.

٣- أصوات هلوسية تقدم تعليقاً مستمراً على سلوك المريض، أو تتحدث عن المريض فيما بينها، أو أنماط أخرى من الأصوات الهلوسية تأتي من بعض أجزاء الجسم.

٤- ضُلالات مستمرة من أنواع أخرى غير ملائمة ثقافياً ومستحيلة التصديق (كالإحساس بالقدرة على السيطرة على الطقس، والاتصال بمخلوقات من عوالم أخرى).

٥- هلوسات مستمرة بأي من الحواس إذا كانت تحدث يومياً مدة شهر على الأقل، أو إذا رافقتها ضُلالات (قد تكون عابرة أو نصف متشكلة) من دون محتوى وجداني واضح، أو رافقتها أفكار مضخمة مستمرة.

٦- مفردات مستجدة، أو تقطع سياق الأفكار أو التواؤه على نحو يؤدي إلى كلام مشوش أو غير مترابط أو غير ذي صلة.

٧- سلوك جامودي مثل الإثارَة الجامودِيَّة أو المُرُونَة الشَمْعِيَّة أو ثبات الوضعية أو المُعانَدَة أو الصُمات (رفض الكلام) أو الذُهول.

٨- أعراض سلبية مثل الخُمُول (فتور الشُعُور) الواضح، وفقر الكلام، أو استجابات انفعالية مسطحة أو غير ملائمة (يجب أن تكون هذه الأعراض غير ناجمة عن الاكتئاب أو عن المعالجة بالأدوية المضادة للذهان). أو تغير مستمر وواضح في نواحي السلوك كله، كفقد الاهتمام، واللامبالاة والكسل والانسحاب الاجتماعي.

إذا حقق المريض معايير الهوس أو الاكتئاب يجب أن تكون الدلائل السابقة موجودة قبل اضطراب المزاج، وإلاّ يستبعد تشخيص الفصام. كما يستبعد الفصام بوجود مرض دماغي أو تسمم أو إدمان أو امتناع عن الكحول أو العقاقير.

يجب أن تكون الأعراض مستمرة على نحو واضح معظم الوقت. يتطلب التشخيص بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الطبعة الرابعة معدلة ومنقحة DSM-IV-TR - استمرار الأعراض مدة لا تقل عن ستة أشهر، أما إذا كانت مدة الأعراض أقل فيطلق حينئذٍ على الحالة "اضطراب ذهاني حاد" (أقل من

شهر) أو "اضطراب فصامي الشكل" (من ١- ٦ أشهر). والمعايير التشخيصية للفصام بحسب DSM-IV-TR هي وجود عرضين أو أكثر لمعظم الوقت مدة شهر (أقل في حال المعالجة الناجحة) من الأعراض المميزة للفصام، وهي الضُلالات والهلوسات واضطراب شكل التفكير والسلوك الجامودي أو غير المنتظم وأعراض سلبية مثل فقد المبادرة ونقص القدرة على الكلام. وتدهور الأداء الاجتماعي والمهني في واحد أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي مثل العمل والعلاقات الشخصية والعناية بالنفس (وعندما يبدأ المرض في الطفولة أو المراهقة يحدث إخفاق في اكتساب المستوى المتوقع من الأداء الشخصي أو المهني أو الدراسي). على أن تستمر علامات الاضطراب ستة أشهر على الأقل، ويجب أن تتضمن هذه الأشهر الستة شهراً على الأقل (أو أقل في حال المعالجة الناجحة) من أعراض الطور الفعّال، ويمكن أن تتضمن الفترة البادرية أو المتبقية أعراضاً سلبية فقط أو عرضين مخففين من أعراض الطور الفعال (مثل معتقدات غريبة أو تجارب إدراكية غير عادية). ويشترط لتشخيص الفصام استبعاد الفصام الوجداني واضطرابات المزاج، واستبعاد الأسباب الطبية والعقاقير. وإذا وجدت سوابق اضطراب تطوري شامل مثل توحد الطفولة يتم التشخيص الإضافي للفصام فقط إذا وجدت هلوسات مسيطرة مدة شهر على الأقل (أو أقل في حال المعالجة الناجحة).

التصنيف وفقاً للتطور الزمني:

يصنف الفصام بعد انقضاء سنة على الأقل من الظهور الأولي لأعراض الطور الفعال إلى:

١- فصام نوبي مع أعراض متبقية بين النوب، وتُعرَف النوبة episode بعودة الأعراض الذهانية المسيطرة، ويحدد أيضاً ما إذا كانت الأعراض السلبية هي المسيطرة.

٢- فصام نوبي من دون أعراض متبقية بين النوب.

٣- فصام مستمر يتميز باستمرار أعراض ذهانية مسيطرة في أثناء مدة المتابعة، ويحدد أيضاً إذا كانت الأعراض السلبية هي المسيطرة.

٤- نوبة مفردة مع هجوع جزئي، ويحدد أيضاً إذا كانت الأعراض السلبية هي المسيطرة.

٥- نوبة مفردة مع هجوع كامل.

٦- نموذج آخر أو غير محدد.

التشخيص التفريقي:

يجب التفريق بين الفصام واضطرابات طبية وعصبية ترافقها أيضاً علامات أذية الجملة العصبية المركزية، مثل خلل الذاكرة والتوجه والمعارف والهلوسات البصرية، ويذكر من هذه الحالات أمراض الجملة العصبية المركزية المُعدية مثل التهاب الدماغ العقبولي، والذئبة الحمامية الجهازية، وصرع الفص الصدغي، والأمراض الاستحالية مثل داء هَنْتِنْغتُون Huntington's disease، والاضطرابات الذهانية المحرضة بمواد مثل الكوكائين والأمفيتامينات وفنسيكليدين phencyclidine والحشيش وLSD ومسكالين mescaline والستيروئيدات والمركبات المضادة للكولين والعقاقير المصممة خصيصاً designer drugs.

يفرق بين الفصام أيضاً والاضطراب فصامي الشكل الذي تشاهد فيه أعراض الفصام نفسها ولكن لمدة تقل عن ستة أشهر، والاضطراب الذهاني الوجيز (الحاد) الذي تشاهد فيه أعراض الفصام ذاتها ولكن لمدة تقل عن الشهر. كما يفرق بينه وبين اضطرابات المزاج الهوسية والاكتئابية المترافقة بأعراض ذهانية، والاضطراب الفصامي الوجداني الذي تتطور فيه الأعراض المزاجية بالتزامن مع أعراض الفصام، والاضطرابات الضُلالية واضطرابات الشخصية والتمارض والاضطرابات المُفْتَعَلة والاضطرابات التطورية الشاملة والتخلف العقلي والمعتقدات الثقافية المشتركة.

التطور والإنذار:

الإزمان هو الصفة المميزة للفصام إذ يصيب الشخصية بالتدهور، وقد كان الإنذار سيئاً جداً حتى ظهور الأدوية المضادة للذهان وبدء اهتمام المجتمعات برعاية هؤلاء المرضى وحمايتهم. تقدر نسبة النكس بـ ٤٠٪ خلال سنتين مع استمرار المعالجة الدوائية، و٨٠٪ من دون معالجة، ويعاني بعض المرضى نوبة اكتئابية بعد النوبة الذهانية، وتصل نسبة المرضى الذين يحاولون الانتحار إلى ٥٠٪، وتنجح محاولة الانتحار عند ١٠٪ منهم، كما يزداد عند المصابين بالفصام خطر الموت المفاجئ.

يسير المرض بنوب تُخَلِّف كل منها تأثيراً سيئاً متبقياً فيخرج المريض من كل نوبة أسوأ مما خرج به في النوبة السابقة، كما هو موضح في المخطط رقم (١).



المخطط (١) تطور الفصام بعد تكرر النوب

يطرح الأهل بعد نوبة الفصام الأولى أسئلة مهمة على الطبيب حول مستقبل ابنهم أو ابنتهم، إن كان سيشفى تماماً، أم أن المرض سيعود ويتكرر، وكيف سيعيش المريض. والإجابة عن هذه الأسئلة ليست دائماً بالأمر السهل، ولكن هناك بعض الخطوط العريضة التي قد تساعد الطبيب على تحديد إنذار المرض. فمن المؤشرات التي تنبئ بإنذار أفضل تأخر بدء المرض، والبدء الحاد بأعراض إيجابية ترافقها أعراض مزاجية (اكتئابية) عند ذكر متزوج يتمتع قبل مرضه بشخصية جيدة اجتماعياً وجنسياً ومهنياً، وتوافر دعم اجتماعي جيد، مع وجود عوامل مثيرة للمرض على نحو واضح. ويعد تحسن الأعراض وزوالها بسرعة من العلامات الجيدة للإنذار، كما يكون الإنذار أفضل حين وجود قصة عائلية لاضطراب مزاج مما يكون عند وجود قصة عائلية لاضطراب فصامي. ويقدر بعضهم إنذار الفصام بقاعدة الأثلاث التالية: ثلث المرضى يعيشون حياة شبه طبيعية، والثلث الثاني يعاني أعراضاً مهمة مع أداء وظيفي مقبول في المجتمع، والثلث الأخير تتدهور حالتهم على نحو ملحوظ، ويحتاجون إلى استشفاءات متكررة، أو يمضون بقية حياتهم في المستشفى.

المعالجة:

يغلب أن تكون معالجة الفصام طويلة وشاقة، وتتطلب تعاون مختلف الخبرات الطبية والنفسية والاجتماعية. فالهدف من المعالجة ليس شفاء المرض، إنما تخفيف وطأة الأعراض على المريض، وتقوية أناه لإعادة اندماجه في المجتمع وتحسين علاقته مع الآخرين؛ كي لا يتحول إلى عالة على الأسرة والمجتمع، بحيث يقضي معظم حياته أو كلها في المستشفيات النفسية. وقد لوحظ انخفاض كبير في نسبة المرضى الذين يقيمون في المستشفيات النفسية مدة طويلة بعد ظهور المعالجات الكيميائية في خمسينيات القرن الماضي وتحسين شروط الحياة في المستشفيات النفسية، إضافة إلى تأمين مراكز خاصة لرعاية هؤلاء المرضى ومتابعتهم بعد الاستشفاء.

يتضمن التدبير السريري لحالات الفصام الاستشفاء واستخدام الأدوية المضادة للذهان، إضافة إلى المعالجات النفسية الاجتماعية كالمعالجة السلوكية والعائلية والجماعية والفردية وتدريب المهارات الاجتماعية وإعادة التأهيل، ويمكن لأي من هذه المعالجات أن يتم داخل المستشفى أو خارجه [ر. المعالجات في الطب النفسي]. وتشمل استطبابات الاستشفاء أن يصبح المريض خطراً على الآخرين أو على نفسه كمحاولته الانتحار، كما يستطب الاستشفاء حين وجود أعراض شديدة تؤدي إلى ضعف العناية بذاته، وكذلك من أجل التقييم التشخيصي، وبعد فشل الاستجابة للمعالجة، وحين الحاجة إلى تطبيق نظام علاجي معقد.

١- **المعالجات الدوائية:** تتضمن المعالجة الدوائية مضادات الذهان النموذجية وغير النموذجية. تمتاز مضادات الذهان النموذجية بحصر مستقبلات الدوبامين D2، وهي أدوية تقليدية مضادة للذهان فعالة غالباً في معالجة الأعراض الإيجابية في الفصام، ومنها مركبات ذات فاعلية مرتفعة (مثل هالوبيريدول) كثيراً ما تحرض عسر حركة حاداً وأعراضاً خارج هرمية أخرى كاللاحركية والباركنسونية الدوائية (صلابة ورجفان)، ومركبات ذات فاعلية منخفضة (مثل كلوربرومازين) تتميز بأنها أكثر تهدئةً مع تأثير خافض للضغط الشرياني ومضاد للكولين. وقد تسبب هذه المجموعة من الأدوية اضطراباً تصعب معالجته، وقد يكون غير قابل للتراجع هو خلل الحركة المتأخر tardive dyskinesia. ويلاحظ أن نسبة محددة من المرضى لا يستجيبون لهذه الأدوية أو لا يتحملونها، فيفضل بعضهم لذلك استخدام الأدوية الحديثة بسبب قلة التأثيرات الجانبية العصبية مع أن لها الفعالية ذاتها. يبين الجدول رقم٢ الأدوية المضادة للذهان النموذجية المستخدمة في علاج الفصام مع المقادير اليومية الوسطية ومقادير المركبات المديدة:

يفضل في الحالات التي يرافقها هياج شديد وضُلالات وتبدد شخصية بدء المعالجة بمضادات الذهان حقناً، وبعد أن يهدأ المريض تنقل المعالجة إلى الطريق الفموي. ويشرك عند بدء المعالجة بمضادات الذهان النموذجية ولاسيما عالية الفاعلية دواءٌ مضادٌ للكولين مثل benzhexol أو procyclidine أو benztropine؛ وذلك لتجنب حدوث التأثيرات الجانبية العصبية مع الانتباه إلى عدم استعمال هذه المركبات مدة طويلة، ومحاولة إيقافها خاصة بعد مرور مدة خطر حدوث خَلَل التَّوَتُّر الحاد acute dystonia. ويعطى المريض المنومات في اضطراب النوم، ويفضل أن تكون من مضادات الذهان ذات التأثير المركن (كلوربرومازين مثلاً)، أو من مشتقات البنزوديازيبين ذات التأثير المنوم (نيترازيبام nitrazepam مثلاً). يراقب المريض يومياً من أجل تقييم حالته، مع تعديل المعالجة بحسب تطور الحالة، وبعد تحسن الحالة وهجوع الأعراض تخفض جرعة الدواء تدريجياً، مع مراقبة المريض عن قرب، حتى الوصول إلى مقادير دنيا توفر التوازن النفسي للمريض مع أقل أعراض جانبية، وتستمر المعالجة عدة أشهر

الجرعة بالحقن العضلي ملغ	الجرعة اليومية بالفم (الوسطية والعظمى) ملغ	اسم الدواء
٥٠-١٠٠/يوم	٣٠٠- ١٠٠٠ (١٥٠٠)	chlorpromaziene
-	٣٠٠- ٨٠٠	thioridazine
١-٥/يوم	١٥- ٦٠	trifluoperazine
-	٥- ٢٠ (٣٠)	fluphenazine
٢٥-٥٠ /١-٣ أسبوع		fluphenazine decanoate
	٣- ٤٠	flupenthixol
٢٠-٤٠/٢-٤ أسبوع		flupenthixol decanoate
٥-٢٠/يوم	٥- ٢٠ (١٠٠)	haloperidol
٢٥٠/٢-٤ أسبوع		haloperidol decanoate
	٤- ١٢ (٢٠)	pimozide
	٢٠-٦٠ /أسبوع	penfluridol
	٣٠-١٠٠ (٢٥٠)	loxapine
		substituted benzamides
	٦٠٠- ٢٤٠٠	sulpiride

الجدول (٢) مضادات الذهان النموذجية ومقاديرها.

بعد النوبة الأولى. ويعتمد إيقاف المعالجة أو استمرارها على خطورة الحالة المرضية والمريض، والظروف الخارجية، وعدد النوب السابقة ومدتها، والشفاء التام منها. و يفضل عدم إبقاء المريض في المستشفى مدة طويلة لما يحدثه الاستشفاء من تقهقر حالة المريض واعتماد وسلبية، نتيجة سهولة الحياة في المستشفيات، وإنما يجب إعادته إلى مجتمعه وعمله بعد عدة تجارب من الخروج للأسرة. وقد أمكن أسترة بعض المركبات المضادة للذهان، بحيث يصبح تأثيرها مديداً ويدوم عدة أسابيع، مما سهل كثيراً التعامل مع المرضى الذين يرفضون العلاج على نحو خاص. تعطى معظم هذه المركبات عن طريق الحقن العضلي كالهالوبيريدول والفلوفينازين والفلوبينتيكسول والكلوبيكسول، إلا مركباً واحداً يعطى عن طريق الفم وهو البينفلوريدول (بمقدار ٢٠-٦٠ ملغ/أسبوع). يستفيد المرضى غير المطواعين بسبب فقد البصيرة من استخدام مضادات الذهان المديدة التأثير (مثلاً ٢٥ ملغ فلوفينازين ديكانويت كل أسبوعين، أو ١٠٠-٢٠٠ ملغ هالوبيريدول ديكانويت كل شهر)، وتحتاج المحضرات المديدة للوصول إلى حالة ثبات إلى عدة أسابيع يجب خلالها إعطاء محضرات عن طريق الفم.

تمتاز **مضادات الذهان غير النموذجية**، أو مضادات الذهان الجديدة، أو الجيل الثاني من مضادات الذهان، من مضادات الذهان النموذجية بأنها تحصر مستقبلات السيروتونين 5HT2 مع درجات متفاوتة من حصر مستقبلات الدوبامينD2 ، إضافة إلى حصر مستقبلات نواقل عصبية أخرى، ويبين الجدول رقم٣ المقادير اليومية والعظمى لمضادات الذهان غير النموذجية:

تحسن هذه المركبات شكلين من الأعراض الفصامية الإيجابية كالهلوسات والضُلالات واضطرابات التفكير والهياج، والسلبية كالانسحاب وضعف الوجدان وفقد المتعة وفقر الكلام والتأذي المعرفي. وتتصف هذه المركبات بقلة إحداثها التأثيرات الجانبية خارج الهرمية وخلل الحركة المتأخر، كما أنها لا ترفع مستوى البرولاكتين كثيراً، ويعد

اسم الدواء	الجرعة العظمى الفموية ملغ/يوم	جرعة الحقن العضلي	جرعة الصيانة الفموية ملغ/يوم
cozapine	٩٠٠		١٥٠- ٣٠٠
risperidone	١٦	٢٥-٥٠/ملغ كل أسبوعين	٢-٦
olanzapine	١٠- ٢٠		٥- ٢٠
quetiapine	٨٠٠		٤٠٠- ٥٠٠
ziprasidone	١٦٠	حتى٤٠ ملغ/يوم للهياج الشديد	٢٠ - ٨٠
aripiprazole	٣٠		١٠ - ٣٠

الجدول (٣) مضادات الذهان غير النموذجية ومقاديرها.

كلوزابين من أقلها إحداثاً للتأثيرات خارج الهرمية بغض النظر عن الجرعة اليومية، ونادراً ما يسبب خلل حركة متأخراً، وهو فعال قوي في المرضى المستعصين على المعالجة على الرغم من أنه يحصر مستقبلات D2 على نحو ضعيف، لكنه بالمقابل يحدث تغيرات في الصيغة الدموية وخاصة فقد المحببات (في نحو ١٪ من الحالات)، مما يحد من استخدامه، ويجعل استطبابه مقتصراً على الحالات الفصامية العنيدة على العلاج ، ويستوجب فحص الكريات البيض والصيغة دورياً وبفترات متقاربة في بدء العلاج، على نحو يتحتم معه إيقاف العلاج إذا لوحظ تراجع مهم في الصيغة الدموية.

لمجموعة الأدوية هذه على نحو عام تأثير مهدئ مهم، وتؤدي إلى زيادة الوزن بالمقارنة مع مضادات الذهان النموذجية، وتوصف خياراً علاجياً أولياً لمرضى الفصام.

الجرعة: توصف مضادات الذهان بالجرعات المذكورة في الجدولين ٢ و٣، ويوصى بالمحافظة على جرعة ثابتة ومعتدلة مدة ٤-٦ أسابيع (أو أكثر في الحالات المزمنة) في النوب الذهانية الحادة، ولا ينصح بالمعالجة الطويلة الأمد بالجرعات العالية من مضادات الذهان (أكثر من ١غ كلوربرومازين أو ما يعادله)، ولا باستخدام جرعات عالية في أثناء النوب الحادة؛ لأن ذلك يؤدي إلى زيادة حدوث التأثيرات الجانبية من دون زيادة في الفعالية. وتتضمن الجرعات العلاجية النموذجية ٤-٦ ملغ/يوم ريسبيريدون، أو ١٠-٢٠ ملغ/يوم أولانزيبين، أو ٦-٢٠ ملغ/يوم هالوبيريدول، وقد يستجيب المصابون بالنوبة الذهانية الأولى على نحو جيد لجرعات قليلة، في حين يحتاج المرضى المزمنون والمستعصون على العلاج إلى مقادير أكبر، ويظهر التأثير المضاد للذهان تدريجياً، ويمكن السيطرة على الهياج باستعمال مشتقات البينزوديازيبين (مثلاً ١-٢ ملغ لورازيبام ٣-٤ مرات يومياً)، أو بمضادات الذهان المركنة.

جرعة الصيانة: الفصام مرض مزمن يتطلب معالجة طويلة الأمد بمضادات الذهان لخفض نسبة النكس، إذا استقر وضع المريض مدة سنة تقريباً يمكن تخفيض الجرعة تدريجياً للوصول إلى الحد الأدنى من الجرعة الفعالة بمعدل ١٠-٢٠٪ بالشهر. وخلال تخفيض الجرعة يتعلم المريض وعائلته كيف يتعرفون علامات النكس التي تتضمن الأرق والقلق والانسحاب والسلوك الغريب. تعتمد خطط تخفيض الجرعات على عوامل فردية لها علاقة بشدة العوارض السابقة واستقرار الأعراض وتحمل الدواء.

وحين لا تكون مضادات الذهان فعالة وحدها يمكن إضافة أدوية أخرى للحصول على درجات مختلفة من التحسن، فإضافة الليثيوم تساعد على تحسين نسبة مهمة من المرضى، وهناك تقارير عن تحسن بعض الحالات بإضافة الأدوية التالية :بروبرانولول، بنزوديازيبين، حمض الفالبرويك، كاربامازبين.

٢- المعالجة بالتخليج الكهربائي electroconvulsive therapy (ECT): قد تكون المعالجة بالتخليج الكهربائي فعالة في الذهانات الحادة والشكل الجامودي من الفصام، ولاسيما في حالة الذهول ورفض المريض الطعام مما يسبب خطراً على حياته، أو في الإثارة الجامودية حين لا يمكن السيطرة على المريض. يستجيب للمعالجة بالتخليج الكهربائي على نحو أفضل المرضى الذين يعانون من المرض مدة تقل عن

السنة، كذلك تفيد في الأعراض الإيجابية المستعصية. وتستخدم أيضاً حين وجود تأثيرات جانبية دوائية شديدة تمنع من تطبيق الأدوية عند المريض. تطبق للمريض ٨ -١٢ جلسة بمعدل ٣ جلسات أسبوعياً، وقد وجد أن لها تأثيراً تآزرياً مع الأدوية المضادة للذهان .

٣- المعالجة النفسية الاجتماعية: تزداد فعالية المعالجة الدوائية حين ترافقها التداخلات النفسية الاجتماعية التي تشمل:

أ- المعالجة السلوكية: تعزيز السلوك الإيجابي عند المرضى بمكافأتهم برحلات، أو إعطائهم امتيازات، والهدف هو تعميم السلوك المعزز على العالم خارج المستشفى.

ب- المعالجة الجماعية: تركز على دعم تطوير المهارات الاجتماعية (نشاطات الحياة اليومية)، وتساعد خاصة على تخفيف العزلة الاجتماعية وزيادة اختبار الواقع.

ج- المعالجة العائلية: يمكن لتقنيات المعالجة العائلية لعائلات المرضى المصابين بالفصام أن تخفض على نحو مهم معدل حدوث نكس المرض.

د- المعالجة النفسية الداعمة: لا تستعمل عادة المعالجة النفسية التحليلية لمعالجة المصابين بالفصام بسبب هشاشة الأنا وضعفها عند هؤلاء المرضى. تعد المعالجة الداعمة التي تشمل النصائح والتطمين والتعليم والاقتداء modelling واختبار الواقع من المعالجات المختارة. هناك نموذج من المعالجة الداعمة يسمى المعالجة الشخصية، يعتمد بشدة على العلاقة العلاجية مع غرس الأمل ونقل المعلومات.

هـ- التدريب على المهارات الاجتماعية: محاولة لتطوير المهارات الاجتماعية كتحسين ضعف الاتصال العيني والربط الذهني والإدراك غير الدقيق للآخرين وضعف اللباقة الاجتماعية. تستخدم لذلك وسائل عدة، كلعب الأدوار واستخدام الفيديو والوظائف المنزلية.

و- تدبير الحالة: يشارك المشرفون على حالة المريض في تنسيق خطط المعالجة والاتصال بين مختلف المعنيين بالمريض.

ز- مجموعات دعم: تشكل في بعض الدول مجموعات أو اتحادات لتقديم المساعدة للمرضى العقليين ولعائلاتهم.

أخيراً قد يهيأ المريض لتغيير عمله ليتلاءم مع حالته المرضية ووضعه الجديد، بحيث يبدأ ذلك في المستشفيات المختصة التي أصبحت تحتوي على ورشات صغيرة للتدريب على بعض الأعمال اليدوية أو الفنية، والمعالجة بالعمل كالمراسم وورشات النجارة والحياكة...إلخ، أو في مراكز مختصة بتغيير التوجه المهني للمعوقين. يُتابع المريض أيضاً من قبل طبيبه العام أو في مستوصفات مختصة كي يشخص نكسه باكراً ويعالج بسرعة.

تقنيات المقابلة:

يوصف المرضى المصابون بالفصام بأن لهم تركيبات هشة جداً للأنا تتركهم عرضة لإحساس غير مستقر بالذات وبالغير، وبأن دفاعاتهم النفسية بدائية، وقدرتهم على التعامل مع الكرب متأذية على نحو كبير؛ لذلك من الضروري جداً بذل كل جهد ممكن لفهم مشاعرهم وطرائق تفكيرهم. كما أنه من الضروري بناء صلة مع المريض بطريقة تسمح بتوازن استقلالية المريض مع تفاعله مع الطبيب، إذ يعاني المريض من معضلة الحاجة- الخوف need-fear dilemma، إذ يشعر في الوقت نفسه برغبة عميقة وبخوف مرعب من التواصل الشخصي. ويمكن للخوف من التواصل أن يؤدي إلى مخاوف ضُلالية من حدث يسبب تدمير الشخص أو تدمير العالم، وإلى فقد السيطرة والهوية والذات. ويمكن لمرضى الفصام أن يسقطوا صورتهم الذاتية السلبية الغريبة والمرعبة على الآخرين مما يقود إلى توليد شعور مقابل عند الآخرين بعدم الراحة والغضب والخوف. وقد تكون الدوافع العدوانية والعنيفة مرعبة للمرضى فتؤدي إلى خلل في التفكير والتصرفات، فيأخذ المريض عرض المساعدة على أنه قسر أو إكراه أو محاولة لإشعاره باليأس أو بأنه شخص مشتت؛ لذلك فإن أهم عمل في أثناء المقابلة هو المساعدة على تخفيف التشوش الداخلي عن طريق التعاطف ومساعدة المريض على عدم عد المعالجة أمراً خطراً.

ثانياً- الاضطراب الضُلالي elusional disorder أو الزوري paranoid:

هو اضطراب يتصف على نحو أساسي بوجود ضُلال مستمر مدة ثلاثة أشهر على الأقل. ويختلف الضُلال هنا عن الضُلال في الفصام الزوراني بأنه مرتب ومنتظم، ووحيد الموضوع غالباً، يدور حول أوضاع يمكن أن تحدث في الحياة، وعلى نحو قريب من المنطق (مثل شخص يتهم زوجته بالخيانة) إذ من الممكن أن يكون ذلك صحيحاً. ولا يتصف بالغرابة (مثل مريض يتحدث عن علاقات له مع أشخاص من المريخ، أو أنه يتواصل مع الأنبياء). يبدو أيضاً في الاضطراب الضُلالي أن سلوك المريض وتفكيره خارج إطار ضُلاله يبقيان بحالة جيدة، مع غياب الأعراض المميزة للفصام مثل الهلوسات والاضطرابات الانفعالية، ويستعمل هذا عادة للتفريق بين الاضطرابين. والاضطراب الضُلالي

أقل شيوعاً من الفصام، وهو أكثر حدوثاً عند النساء، وتشخص معظم الحالات في عمر ٤٠- ٤٥ سنة. ويشخص أقل من ذلك عند البالغين الشباب.

الأسباب:

١- العوامل الوراثية: تشير الدراسات الوراثية إلى أن الاضطراب الضُلالي ليس نمطاً ولا طوراً بادرياً للفصام أو لاضطراب مزاجي، ولا يزداد خطر حدوث الفصام أو اضطراب المزاج عند أقرباء المريض من الدرجة الأولى، في حين تلاحظ زيادة بسيطة في التفكير الضلالي ولاسيما الشك في عائلات المصابين بالاضطراب الضُلالي.

٢- العوامل البيولوجية: يلاحظ خلل تشريحي خفي في الجملة الحوفية (اللمبية) والنويات القاعدية.

٣- العوامل النفسية: يبدو أن الاضطراب الضُلالي نفسي المنشأ، إذ غالباً ما يلاحظ في سوابق المرضى معاملة قاسية من قبل الأهل تتضمن سوء معاملة جسدية أو نفسية؛ ويرى Erik Erikson أنه لا تتطور عند الطفل "الثقة الأساسية" فيعتقد أن المحيط هو دائماً عدائي ويحمل في طياته خطراً. لوحظت عوامل أخرى كالصمم والعمى والعزلة الاجتماعية أو عيش المريض وحيداً، والتقدم بالعمر، إضافة إلى التغيرات المحيطية الكبيرة مثل الهجرة. وتظهر الاختبارات النفسية الإسقاطية اهتمام المريض بالمواضيع الزورانية والعظمة، مع إحساس بالنقص وعدم الكفاءة والقلق.

٤- العوامل الدينامية النفسية: يكثر في المصابين بالاضطراب الضلالي استخدام آليات الدفاع بالإسقاط projection والإنكار denial والتَشَكُّل التَفاعُليّ reaction formation، ويعد الدفاع بالإسقاط دفاعاً ضد أفكار ومشاعر غير مقبولة، إذ يسقط المريض أي مشاعر غير مقبولة على الآخرين، وينكر المريض مشاعر الخجل والذل والنقص، كذلك يتم تحويل أي مشاعر إلى نقيضها من خلال التَشَكُّل التَفاعُليّ (مثل تحويل الشعور بالنقص إلى عظمة).

التشخيص:

يدوم الضُلال شهراً واحداً على الأقل، ويكون منظماً على نحو جيد وغير غريب (بخلاف ضُلال الفصام الذي يتميز بالتجزؤ والغرابة)، أما الاستجابة الانفعالية للمريض تجاه هذا الضُلال فتتميز بالتلاؤم مع محتواه. تبقى الشخصية سليمة عادةً أو أنها تتأثر قليلاً، ويتصف هؤلاء المرضى بالحساسية، وبفرط الحذر واليقظة، وهو ما يقودهم إلى العيش بعزلة اجتماعية على الرغم من مقدراتهم الوظيفية الجيدة، ولا يظهر المرض العقلي عليهم في الظروف الجيدة وغير المكربة. **أما مواضيع الضُلالات فهي عديدة، أهمها:**

١- الضُلال الاضطهادي: أكثر المواضيع الضُلالية شيوعاً، يشعر الشخص فيه بأنه مراقب وملاحق من قبل أجهزة أمنية، أو توجد محاولات لتسميمه، أو تخديره من خلال وضع مواد في طعامه (لا يأكل المريض أحياناً إلا بعد أن يأكل أمامه الآخرون من الطعام نفسه، حتى لو كانوا من أفراد أسرته). وقد يشعر المريض أن مؤامرة ما تحاك ضده، أو بظلم لحق به من قبل الآخرين الذين اعتدوا على حقوقه، لذلك يُكثِر من الدعاوى القضائية لاستعادة هذه الحقوق، وقد يقوم باعتداءات على أشخاص يفترض أنهم مسؤولون عن الأذى الذي لحق به.

٢- الضُلال العشقي: يغلب أن يصيب النساء، فتقتنع فتاة بأنها معشوقة من قبل شخصية مهمة ومشهورة (فنية - سينمائية - سياسية - علمية - إلخ). يبدأ الاضطراب فجأة ويصبح مركز اهتمام حياة المريضة التي تحاول الاتصال بالشخص المقصود بكل الوسائل (هاتف - رسائل - هدايا - زيارات)، وتفسر المريضة حركات الشخص وكلامه على أنها موجهة إليها، وأنها برهان قاطع على حبه لها. وقد ترتكب المريضة أعمالاً عدوانية للوصول إلى هدفها. تعيش المريضة غالباً بعزلة وتكون اتصالاتها ولاسيما الجنسية مع الآخرين قليلة أو معدومة.

٣- ضُلال العظمة: يقتنع المريض هنا بامتلاكه موهبة كبيرة غير معترف بها، أو بقيامه باكتشاف مهم يعرضه على مؤسسات مختلفة. وقد يأخذ الضُلال الطابع الديني، فيعد المريض نفسه مرسلاً لطائفة دينية، ويمتلك قدرة خارقة أو إلهية.

٤- ضُلال الغيرة: يصيب الرجال أكثر من النساء، ويتمحور حول إخلاص الشريك، ويختفي الضُلال أحياناً بعد موت الشريك أو الانفصال عنه، وقد يؤدي هذا الضُلال إلى إيذاء الشريك أو حتى قتله. يبقى المريض في حالة بحث دائم عن برهان لشكوكه (تفتيش ملابس، مراقبة دقيقة)، ويقوم بتفسير أي إشارة أو كلمة أو حركة بأنها موجهة للمحبوب.

٥- الضُلال الجسدي: يتميز من الاضطراب المراقي بدرجة القناعة المتعلقة بالإصابة بالمرض. يقتنع المريض هنا بإصابته بعدوى أو بأن حشرات قد غزت جلده، أو بأن جسمه يُصدر رائحة كريهة، أو يكره وينفر من أحد أعضاء جسمه.

التشخيص التفريقي:

قد تقلد بعض الأمراض الطبية الاضطراب الضُلالي مثل نقص نشاط الدرقية، وفرط نشاط الدرقية، وداء باركنسون،

والتصلب العديد، وداء ألزهايمر، وأذيات النويات القاعدية. كما قد تُحرِّض الضُلالات بمواد مثل مقلدات الودي sympathomimetic (أمفيتامين، ماريجوانا، ليفو دوبا). ويفرق بين الاضطراب الضُلالي واضطراب الشخصية الزورية الذي لايرافقه ضُلال حقيقي إنما ترافقه أفكار قريبة من الضُلال، لكن المصاب به قد يصاب أيضاً باضطراب ضُلالي. كما يفرق بين الاضطراب الضُلالي والفصام الزوراني الذي تكون فيه الضُلالات أكثر غرابةً وترافقها هلوسة سمعية وتقهقر الشخصية واختلال واضح في الدور الوظيفي للمريض، كما أن الفصام الزوراني يبدأ بعمر أبكر. ويفرق بين الاضطراب الضُلالي والاضطراب الاكتئابي بأن المصابين بالاضطراب الاكتئابي قد يعانون من ضُلالات زورانية ثانوية، لكن تسيطر عندهم أعراض مزاجية ترافقها أعراض الاكتئاب البيولوجية، وسوابق شخصية وعائلية للاكتئاب، واستجابة جيدة لمضادات الاكتئاب. كذلك يفرق بين الاضطراب الضُلالي واضطراب المزاج ثنائي القطب بوجود ارتفاع المزاج وتقلبه والقصة الأسرية الإيجابية، والاستجابة الجيدة لليثيوم حتى في مرضى مصابين بهوس يرافقه شعور بالعظمة وضُلالات اضطهادية ثانوية لاضطراب المزاج.

التطور والإنذار:

يميل الاضطراب الضُلالي للإزمان وعدم التراجع في ٣٠-٥٠٪ من الحالات، وتكون الاستجابة للعلاج أقل بالمقارنة مع علاج الضُلالات المرافقة للفصام أو اضطرابات المزاج، ونقص الثقة عند المريض يجعل المعالجة النفسية صعبة. من مؤشرات الإنذار الجيد الأداء الوظيفي الجيد قبل المرض، وبدء الاضطراب على نحو مفاجئ قبل عمر ٣٠ سنة، ووجود عوامل مسببة للاضطراب.

المعالجة:

نادراً ما يطلب المصاب بالاضطراب الضُلالي العلاج، إنما يحضر للطبيب مع أقرباء له أو أصدقاء، وتُمكِّن المعالجة النفسية من تحسين تلاؤم المريض الاجتماعي على الرغم من بقاء الضُلال. ويستطب الاستشفاء عندما يكون المريض غير قادر على السيطرة على دوافعه (مثل دوافع القتل والانتحار)، أو بسبب رفض المريض تناول الطعام خوف التسمم به، أو بسبب وجود ضرورة لإجراء فحوص طبية. وقد يرفض المريض تناول الدواء بسبب شكِّه المرضي. ويحتاج المرضى شديدو الهياج إلى علاج دوائي عن طريق الحقن العضلي، ما عدا ذلك يمكن تجريب الطريق الفموي، ويستجيب المصابون بالاضطراب الضُلالي على نحو جيد للبيموزيد الذي قد يسبب لهم تأثيرات جانبية مهمة؛ لذلك يُنصح بوصفه بجرعة ابتدائية صغيرة ترفع تدريجياً ببطء. تستخدم مضادات الاكتئاب في حالات الاكتئاب الشديد، إذ يستفيد المصابون بالاضطراب الوهامي الجسدي من مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية SSRIs.

ثالثاً- الاضطراب الذهاني الحاد acute أو الوجيز brief psychotic disorder:

هو بالتعريف اضطراب ذهاني حاد وعابر، لا تدوم أعراضه أكثر من شهر واحد، ويتلو حالة كرب شديد وواضح تعترض حياة المريض، ويكثر حدوثه في المصابين ببعض اضطرابات الشخصية مثل الشخصية الحدية أو الشخصية الفصامية أو الشخصية فصامية الشكل أو الشخصية النرجسية (يُبحث: الشخصية واضطراباتها)، كما يكثر حدوثه عند من عانى سابقاً من حالات كرب نفسي كبيرة مثل الكوارث والتغيرات الحياتية والثقافية المهمة. أما الكرب النفسي الذي يسبق الهجمة فقد يكون حاداً (فقد شخص عزيز، حادث)، أو يكون مزمناً (سلسلة حالات كرب نفسي معتدل)، ويبدأ الاضطراب عادة في عمر ٢٠-٢٥ سنة، مع زيادة بسيطة في نسبة الحدوث عند النساء.

الأسباب:

تكثر اضطرابات المزاج في عائلات هؤلاء المرضى، ويمكن أن يعد الذهان استجابة دفاعية عند شخص يستعمل آليات دفاع غير ملائمة في التعامل.

التشخيص التفريقي:

تشبه الأعراض والعلامات كثيراً ما يشاهد في الاضطرابات الذهانية الأخرى، مع زيادة بعضها، مثل فرط الإثارة وتطاير الأفكار وغرابة الملبس والتصرفات وتقلب المزاج الذي يتأرجح بين الابتهاج والفرح وبين الأفكار الانتحارية. ويجب في الحالات التي يرافقها التوهان الزماني والمكاني وخلل الذاكرة القريبة الشك بمتلازمة الهذيان delirium والبحث عن سبب طبي للاضطراب. ومن الأسباب الطبية الممكنة: التسمم الدوائي ومتلازمات الامتناع والاضطرابات الصرعية، والاضطرابات المُفْتَعَلة، والتمارض، والفصام، واضطرابات المزاج.

التطور والإنذار:

للاضطراب الذهاني الحاد أو الوجيز سير قصير بحسب تعريفه (أقل من شهر)، وتصل نسبة الشفاء بالمعالجة إلى ٨٠٪ من الحالات، لكن تتكرر النوب وتتداخل في بعض الحالات فيصبح تشخيص الفصام مسوغاً.

المعالجة:

قد تخمد الأعراض سريعاً وتلقائياً ومن دون معالجة، أوقد يحتاج المريض إلى الاستشفاء مدة قصيرة من أجل حمايته أو حماية الآخرين، أو من أجل تقييم حالته الطبية والنفسية، وكذلك من أجل المراقبة اليومية لتطور حالته. وحين استخدام الأدوية يجب أن تكون بمقادير قليلة قدر الإمكان، وألا تطول مدة استخدامها، وتستخدم مضادات الذهان النموذجية، وأهمها الهالوبيريدول لما له من تأثيرات جيدة في الأعراض الذهانية، وقد يشرك معه دواء مضاد كولين anticholinergic لتجنب حدوث اضطرابات حركية دوائية المنشأ. وقد تستخدم مضادات الذهان ذات التأثير المركن، مثل الكلوربرمازين عندما تكون التهدئة مرغوبة. كما قد توصف مشتقات البنزوديازيين لتهدئة المريض ولمساعدته على النوم.

والمعالجة النفسية مهمة جداً بهدف تصحيح طبيعة الكرب الاجتماعي النوعي الذي فجّر الهجمة الذهانية، ويجب مساعدة المريض على أن يبني وسائل ملائمة في التعامل مع الكرب في المستقبل، وعلى استعادة ثقته بنفسه. ويمكن في هذا المجال استخدام المعالجة النفسية الفردية والأسرية والجماعية [ر. المعالجات في الطب النفسي].

رابعاً- الاضطراب فصامي الشكل schizophreniform disorder:

يشمل الاضطراب فصامي الشكل - كالاضطراب الذهاني الوجيز- أعراضاً فصامية (ظهور هلوسات أو ضُلالات أو كليهما ظهوراً مفاجئاً)، لكن مدة المرض الكلية (الطور البادري والفعال والمتبقي) تزيد على الشهر وتقل عن الأشهر الستة الضرورية لتشخيص مرض الفصام. لا توجد معلومات مؤكدة عن نسبة حدوث الاضطراب، وقد تكون أقل من نصف نسبة حدوث حالات الفصام.

عرضياً يكثر ترافق الأعراض الفصامية للاضطرابات المزاجية ولاسيما الهوسية، وأحياناً الاكتئابية، مما يجعل الإنذار أفضل من إنذار الفصام. ولسبب غير معروف يشاهد الفصام في عائلات المصابين باضطرابات المزاج أكثر مما يشاهد في عائلات المصابين بالاضطراب فصامي الشكل.

التشخيص التفريقي:

يماثل التشخيص التفريقي للفصام، ويجب استبعاد الاضطراب الذهاني الوجيز واضطرابات المزاج المرافقة لملامح ذهانية والعلامات البادرية للفصام.

التطور والإنذار:

تتضمن علامات الإنذار الجيد غياب تسطح الوجدان، والأداء الجيد قبل المرض، والتوهان في أوج الأعراض الذهانية، والبدء الحاد والشفاء السريع. لا تهجع الأعراض عند ٥٠٪ من المرضى ليدخلوا في الفصام، في حين تهجع الأعراض عند آخرين مع انتكاسات دورية.

المعالجة:

تستعمل مضادات الذهان لمعالجة الأعراض الذهانية، وتواجه الطبيب مشكلة تخفيف الدواء أو إيقافه بعد زوال الأعراض على نحو كامل خلال ستة أشهر، ويعتمد القرار في إيقاف الدواء على الاستجابة للعلاج، والتأثيرات الجانبية، وعوامل أخرى. وعند معاودة النوب يجب التفكير باللجوء إلى معالجة صيانة باستخدام مثبتات المزاج أو مضادات الذهان، وللمعالجة النفسية أثر حاسم في مساعدة المريض على فهم أعراضه الذهانية، ومن ثم التعامل معها على نحو سليم.

خامساً- الاضطراب الفصامي الوجداني schizoaffective disorder:

هو بالتعريف اضطراب ذهاني ترافقه ملامح متزامنة لاضطرابين، هما الفصام واضطرابات المزاج، فتترافق في نفس المريض في الوقت نفسه أعراض فصامية لا تكفي لتشخيص الفصام مع أعراض مزاجية (هوسية أو اكتئابية) لا تكفي لتشخيص اضطراب مزاج. ويمكن لبعض الحالات أن تشخص خطأ عندما تشاهد أعراض مزاجية مسيطرة عند المصابين بالفصام، أو أعراض ذهانية واضحة عند المصابين باضطرابات المزاج.

يصيب الاضطراب الفصامي الوجداني الرجال والنساء على نحو متساو، ويقل احتمال حدوثه في أثناء الحياة عن ١٪، وتتأخر سن بدئه عن سن بدء كل من الفصام واضطرابات المزاج. ولا تلاحظ زيادة في وقوع الفصام في عائلات المصابين بالاضطراب الفصامي الوجداني، بل زيادة في وقوع اضطرابات المزاج.

التشخيص التفريقي:

توجد في الاضطراب الفصامي الوجداني أعراض الفصام وعلاماته، إضافة إلى أعراض هوسية أو اكتئابية، ويُشخّص هذا الاضطراب حين لا يمكن الحسم بأن الهجمة فصامية أو ناجمة عن اضطراب مزاج. ويقسم الاضطراب الفصامي الوجداني إلى شكلين: شكل ثنائي القطب حين وجود دورية للأعراض الهوسية والاكتئابية، وشكل اكتئابي حين وجود أعراض اكتئابية فقط. وإضافةً إلى التفريق بين كل من الفصام واضطرابات المزاج يجب تذكر كل الأسباب الطبية

والطبية النفسية أو المرتبطة ببعض المواد التي يمكن أن تؤدي إلى أعراض ذهانية أو مزاجية.

التطور والإنذار:

يسوء إنذار الاضطراب الفصامي الوجداني حين وجود سوابق عائلية للفصام، وحين يبدأ المرض على نحو مبكر ومخادع ومن دون وجود عوامل مثيرة، وعند سيطرة الأعراض الذهانية، ووجود سوابق مرضية نفسية. إنذار الاضطراب الفصامي الوجداني أفضل من إنذار الفصام، وأسوأ من إنذار الاضطراب ثنائي القطب، ويبقى التدهور المزمن أقل احتمالاً من الفصام.

المعالجة:

تستخدم الأدوية المضادة للاكتئاب، أو مضادات الهوس بالمشاركة مع مضادات الذهان من أجل السيطرة على الأعراض والعلامات الذهانية، ويستجيب المرضى للمعالجة بالليثيوم.

سادساً- الاضطراب الضُلالي المشترك shared delusional disorder:

يعرف الاضطراب الضُلالي المشترك أيضاً بالاضطراب الضُلالي المُحَرَّض أو جنون اثنين folie-á-deux أو جنون الأسرة folie-á-famille كذلك، ويقال بوجود اضطراب ضُلالي مشترك عندما يتشارك شخصان بالاعتقاد الضُلالي نفسه، وهو اضطراب نادر الحدوث، يكثر في النساء، وفي من يعانون من عجز جسدي يجعلهم مُتَّكِلين على أشخاص آخرين، ويكثر في علاقات أفراد الأسرة الواحدة (أختان في ٩٥٪ من الحالات) كما يمكن أن يشاهد في علاقة الأم بابنتها.

الأسباب:

إن السبب النفسي يعد أساسياً في حدوث الاضطراب الضُلالي المحرَّض، وكذلك للوراثة شأن مهم فيه، كما يكثر خطر وقوع الفصام في عائلات المرضى. تتضمن العوامل النفسية والنفسية الاجتماعية العزلة الاجتماعية لشخص مُتَّكِل على آخرين وخاضع لشخص مسيطر، على نحو تنشأ معها علاقة ذهانية بحسب الدينامية النفسية التالية: تحافظ الشخصية الذهانية المسيطرة على بعض الارتباط بالواقع من خلال الشخص الخاضع لها، في حين تتصف شخصية الخاضع بالقلق الذي يرافقه يأس متعلق بقبولها من قبل الشخص المسيطر.

التشخيص التفريقي:

يعد الضُلال الاضطهادي من أكثر الضُلالات مشاهدة في الاضطراب الضُلالي المحرَّض، وقد يحدث اتفاق بين الشريكين على الانتحار أو القتل. ويجب عند تشخيص هذا الاضطراب استبعاد اضطرابات الشخصية والتمارض والتمثيل فيما يخص الشخص الخاضع، كما يجب الانتباه للأسباب الطبية.

التطور والإنذار:

قد يخفف انفصال الشخصين أحدهما عن الآخر وعلى نحو سريع من الأعراض الذهانية، ويراوح معدل الشفاء بين ١٠-٤٠٪، أما إذا لم يتحسن المريض الخاضع فقد تتحقق لديه معايير تشخيص اضطراب ذهاني آخر، مثل الفصام أو الاضطراب الضُلالي.

المعالجة:

تفيد مضادات الذهان لكلا الشريكين، مع محاولة فصلهما، ومساعدة الشريك الأكثر خضوعاً واعتماداً على استعمال وسائل أخرى للدعم، والتعويض عن خسارة العلاقة.

سابعاً- الاضطراب الذهاني غير المذكور في مكان آخر:

يصنف تحت عنوان "اضطراب ذهاني غير مذكور في مكان آخر" (أو الذهان اللانموذجي) عدد من الاضطرابات الذهانية التي لا تحقق الأعراض فيها المعايير التشخيصية لأي من الاضطرابات الذهانية، وتتضمن هذه الزمرة التشخيصية اضطرابات نادرة وغريبة تحدث فيها مختلف الأعراض الذهانية (هلوسات، ضُلالات، فقد الترابط، سلوك جامودي) من دون أن تشكل صورة متكاملة لأي اضطراب ذهاني نوعي، وتشمل:

١- **ذهان تَنْظير الذّات autoscopic psychosis**: هو ذهان هلوسي نادر، يرى فيه المريض شبح جسده أو طيف جسده، وهو عادةً نفسي المنشأ، لكن قد يحدث بعد أذية مُخَرِّشة لقشرة الدماغ الجدارية الصدغية.

٢- **متلازمة كابغراس Capgras' Syndrome**: تتصف بضُلال يعتقد فيه المريض أن أشخاصاً مقربين له أو في محيطه قد استُبدل بهم أشخاص آخرون مشابهون، مع وجود دجالين في المحيط يمثلون دور الأقرباء أو المحيطين. يمكن لمتلازمة كابغراس أن تكون جزءاً من الفصام، كما يمكن أن تنجم عن سوء وظيفة دماغية. تعالج بمضادات الذهان لضبط حالات الهياج والأعراض الذهانية، وتفيد المعالجة النفسية في فهم الاعتقاد الخاطئ (مثل فقد الثقة ببعض الأشخاص الحقيقيين في المحيط). وحين حدوث اكتئاب ثانوي يُعالج بمضادات الاكتئاب المختلفة أو بالتخليج الكهربائي.

٣- متلازمة كوتار Cotard's Syndrome: تتميز هذه المتلازمة بضُلَالات عدمية (لا شيء موجود، الجسد تفتت، أنا ميت، العالم مقدم على نهايته)، أو بأفكار العظمة والخلود والعذاب الأبدي، وتكون متلازمة كوتار عادةً جزءاً من الفصام أو من اضطراب المزاج ثنائي القطب (ولاسيما في الطور الاكتئابي السوداوي الشديد)، أو قد تكون من العلامات المبكرة لمرض ألزهايمر، وتستجيب للمعالجة بالأدوية المضادة للذهان أو بمضادات الاكتئاب.

اضطرابات المزاج

يوسف لطيفة

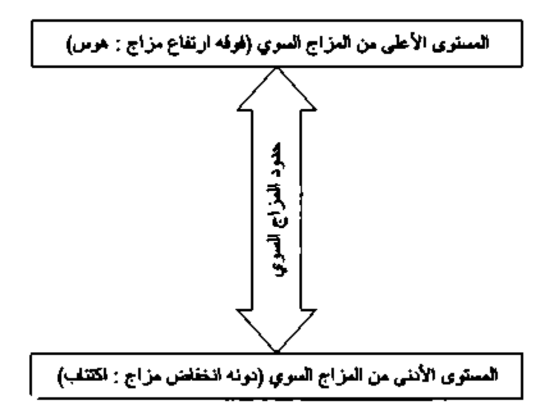
ازداد في العقدين الأخيرين من الزمن انتشار اضطرابات المزاج mood disorders (أو اضطرابات الوجدان affect disorders) على نحو سريع، وذلك لأسباب نفسية واجتماعية متعددة. والمزاج mood تعريفاً هو المشاعر طويلة البقاء، أو هو الحالة الانفعالية المستمرة والمستقرة التي تُميّز الشخص، والوجدان affect هو كل ما يوجد في النفس حالياً من مشاعر مرغوبة كانت كالسرور والمودة والرحمة أم منبوذة كالحزن والغضب والخوف [ر. الفحص والتشخيص في الطب النفسي]. يؤثر المزاج في سلوك الشخص وفي تعامله مع المحيط؛ فإذا كان المزاج كئيباً فكل شيء حزين، وإذا كان فرحاً فكل شيء جميل، ويعبر المريض عن ذلك سلوكياً، ويراه الآخرون بما يبديه المريض من تظاهرات خارجية.

يتحرك المزاج ضمن مجال طبيعي من السعادة والمتعة، وهو في حالة دائمة من الحركة ضمن ذلك المجال بما يناسب الظروف الحياتية والاجتماعية والنفسية، ويمر الشخص السوي دوماً بتبدلات طبيعية في المزاج لا تتجاوز حد الاكتئاب السلبي ولا فرط النشاط الهوسي. فالاضطرابات المزاجية هي كل حالة يكون فيها الشخص خارج إطار المجال السوي من المشاعر، ويعيش أحد هذين التبدلين في المشاعر أو كليهما. وسيعرض في هذا البحث اضطرابات المزاج على نحو عام، ثم الاضطراب الاكتئابي واضطراب المزاج ثنائي القطب.

أولاً- اضطرابات المزاج:

لمحة تاريخية:

ذكر أبقراط الاكتئاب في القرن الخامس قبل الميلاد مطلقاً عليه اسم "ملنخوليا أو السوداوية" melancholia، ثم استخدمت تسميات متعددة على مر العصور لتمييز اضطراب المزاج: منها الذهان الدوري، والجنون الدوري، وذهان الهوس



الاكتئابي بحسب كريبلن، قبل أن يتم أخيراً اعتماد تسمية اضطرابات المزاج استناداً إلى التصنيف العالمي للأمراض وإلى التصنيف الإحصائي والتشخيصي.

التصنيف:

تعددت تصنيفات اضطرابات المزاج على نحو يدل على سطحية المعرفة بهذه الاضطرابات، فكانت هناك تصنيفات بنيت على سير المرض (اضطراب انفعالي أحادي القطب واضطراب انفعالي ثنائي القطب)، وعلى سببه المحتمل (اضطراب انفعالي أولي و اضطراب انفعالي ثانوي)، وعلى مصدر نشوئه (اضطراب انفعالي ارتكاسي واضطراب انفعالي داخلي)، وعلى بعض خواصه الحيوية (مثل التبدلات البيولوجية في المشبك العصبي، والاستجابة للمعالجة الدوائية). أما التصنيف المستخدم حالياً فهو التصنيف العالمي للأمراض بطبعته العاشرة ICD-10 التي تتضمن الفئات التالية تحت عنوان اضطرابات المزاج أو اضطرابات الوجدان:

١- **نوبة هوس:** وتصنف إلى خفيفة ومتوسطة وشديدة، **وتقسم** بحسب طبيعة أعراضها وسيرها **إلى:**

أ- نوبة هوس من دون أعراض ذهانية.

ب- نوبة هوس مع أعراض ذهانية، ويحدد ما إذا كانت الأعراض الذهانية الموجودة منسجمة مع المزاج أو غير منسجمة مع المزاج.

ج- بحالة هجوع جزئي، أو بحالة هجوع تام.

٢- **اضطراب المزاج ثنائي القطب:** ويسمى بحسب النوبة الحالية: هوس أو اكتئاب.

٣- **نوبة اكتئابية:** وتصنف إلى خفيفة ومتوسطة وشديدة، وتقسم بحسب طبيعة أعراضها وسيرها إلى:

أ- نوبة اكتئابية من دون أعراض جسدية.

ب- نوبة اكتئابية مع أعراض جسدية (أو أعراض بيولوجية أو سوداوية).

ج- نوبة اكتئابية من دون أعراض ذهانية.

د- نوبة اكتئابية مع أعراض ذهانية.

٤- **الاضطراب الاكتئابي المتكرر أو المعاود.**

٥- **اضطرابات المزاج المستمرة:**

أ- دورية المزاج.

ب- الاكْتِئاب الجُزْئِيّ.

٦- **أشكال أخرى.**

ويعتمد التصنيف الأمريكي (دليل التصنيف الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية) في طبعته الأخيرة - وهي الطبعة الرابعة المعدلة والمنقحة DSM-IV-TR- فئات مشابهة لتلك المستخدمة في التصنيف العالمي للأمراض تضم اضطراب المزاج ثنائي القطب (الاضطراب المزيج، ودورية المزاج، والاضطراب غير المحدد)، والاضطرابات الاكتئابية (الاضطراب الاكتئابي الجسيم، والاكْتِئاب الجُزْئِيّ، والاضطراب الاكتئابي غير المحدد).

الانتشار:

اضطرابات المزاج من أكثر الأمراض النفسية شيوعاً؛ إذ قدرت منظمة الصحة العالمية نسبة انتشار الاكتئاب في العالم بنحو ٤-٥٪، ومجمل الاضطرابات المزاجية بنحو ٥-٧٪، وتساعد العوامل البيئية على زيادة الانتشار؛ إذ يتوقع العلماء زيادة حدوث الاضطرابات المزاجية نظراً لزيادة عمر الإنسان المتوقع، وكثرة الأمراض الجسدية، وقلة التكافل الاجتماعي، وقلة الوازع الديني والتدني الأخلاقي، وسيطرة الأنانية والفردية على المجتمع، إضافةً إلى التأثير السيئ لهذه العوامل في التدبير والدعم النفسي والاجتماعي العلاجي.

تؤلف الاضطرابات المزاجية سبب مراجعة نسبة عالية من مراجعي العيادات النفسية تراوح بين ٦ و ٢٠٪، ويلاحظ أن الاضطرابات المزاجية تحدث بعمر الشباب، من ٢٠-٣٥ سنة، غالباً بعد التعرض لعامل مُطْلِقٍ أو مُثير، وتدل الأبحاث الحالية على أن نسبة الانتشار متقاربة في الجنسين، وأنها تزيد بين الطبقات المثقفة على النقيض من الفصام.

الأسباب:

تنجم اضطرابات المزاج عن اجتماع عدد من الأسباب المتضافرة، كالاستعداد الوراثي والخلل البيولوجي الكيميائي، وتأتي العوامل النفسية والاجتماعية الخارجية لكي تُطْلِق اضطرابات المزاج وتساعد على ظهورها.

١- **العوامل الوراثية:** للعامل الوراثي شأن مهم في نشأة الاضطرابات المزاجية ولاسيما ثنائية القطب، إذ هو يهيئ للاستعداد للإصابة؛ ففي دراسة التوائم الحقيقية تظهر الإصابة في كل من التوءمين في ٦٨٪ (بحسب الدراسات ٣٣-٩٠٪) من الحالات، وتنخفض نسبة الترافق هذه في التوائم الكاذبة إلى ٣٠٪. وإذا كان أحد الوالدين مصاباً بالاكتئاب ارتفع معدل وقوع الاكتئاب في الأبناء إلى نحو ١٢٪، وإذا كان كلا الوالدين مصاباً بلغ احتمال إصابة الأبناء نحو ٥٠-٦٠٪.

وتتعلق الإصابة بجينات متنحية ذات نفوذ غير كامل تعطي الاستعداد للإصابة، ومن الصبغيات المُتَّهمة حالياً الصبغيات ٩ و١٠ و١٣ و١٤ و٢٢.

أظهرت الأبحاث الحديثة وجود علاقة غير واضحة بين الفصام والاضطرابات الوجدانية، فالزواج بين مرضى مصابين بالفصام ومرضى يعانون من الاضطرابات المزاجية يُخَلِّف أولاداً لديهم فصام أو اضطراب مزاج أو الاثنان معاً. كذلك وجد ارتباط بين الاضطرابات المزاجية وبعض الأمراض الجسدية مثل ارتفاع الضغط الدموي، وأمراض الشرايين والقلب، والداء الروماتويدي، والسكري، مما يوحي إلى اضطراب جيني مشترك بينها.

٢- **نمط الشخصية:** لوحظ منذ مدة طويلة ترافق الاضطرابات المزاجية واضطراب الشخصية الدوري (الذي يتميز بتقلب المزاج بين المرح والحزن) والمسمى حالياً دورية المزاج. كما لوحظت علاقة بين الذهان المزاجي والشخصية الدورية من جهة والبنية الممتلئة البدينة ذات الوجه المدور والرقبة القصيرة والبطن الكبير والأطراف الواهنة من جهة ثانية، وتوجد هذه الصفات في بعض المرضى المصابين بداء السكري أو بأمراض القلب أو بارتفاع الضغط أو بالداء الروماتويدي.

٣- **العوامل النفسية:**

أ- **نظريه التحليل النفسي:** يرى فرويد أن سبب الاكتئاب هو نُكُوصٌ للمرحلة الفموية السادية في التطور الجنسي للشخصية، وأن المكتئب لديه إحساسٌ متناقضٌ تجاه موضوع الحبيب الأول (الأم). ونتيجة للإحباط وعدم الإشباع الغريزي في مراحل النمو الأولى يتولد إحساس بالحب والكراهية بآن واحد، وعند التقدم بالعمر والتعرض لكرب، كفقدان عزيز أو خيبة أمل أو إخفاق اجتماعي، يحدث النكوص والتناقض العاطفي تجاه الحب المفقود، فيُسقط المكتئب صراعاته نحو ذاته ويبدأ بالانغلاق والعزلة والعدوان الذاتي واتهام الأنا واحتقارها لينتهي إلى الأفكار الانتحارية؛ أما الهوس فهو تعبير عن الحرية الطفلية التي تطلق العنان لكل الغرائز.

ب- **فرضية التهيؤ (براون - هاوس):** يظهر الاكتئاب عند الأمهات بسبب التعرض لكروب حياتية مؤلمة حديثة، ويهيئ لهذا العامل المطلق أو المثير الأسباب التالية:

- فقد الأم قبل عمر الحادية عشرة.
- الأم التي لديها ثلاثة أطفال، أو أكثر، تقل أعمارهم عن ١٤عاماً.

● غياب الوسط العاطفي العائلي الدافئ.

● البطالة أو عدم الاستقرار المهني.

ج- **البيئة:** يؤهب تراكم كروب الحياة للإصابة بالاكتئاب.

د- **فرضية العجز المتعلم (سيلغمان):** يؤدي تكرار تعرض الشخص للكروب (أي يتعلم) إلى الانسحاب واللامبالاة، ثم اليأس والعجز وأخيراً أعراض الاكتئاب.

هـ- **تبدلات كيميائية وبيولوجية:** يعتقد أن لاضطرابات المزاج أسساً بيولوجية يستدل عليها من خلال **الملاحظات التالية:**

● **ترافق أمراض الغدد الصم واضطرابات المزاج:**

◆ ظهور أعراض اكتئابية في المصابين بالقصور الدرقي في ٤٠٪ من الحالات حتى قبل ظهور أعراض القصور الدرقي.

◆ زيادة الأعراض الاكتئابية في فترة ما قبل الطمث وفي أثناء الطمث، مع أعراض التوتر الداخلي والصداع وسهولة التهيج العصبي وفرط الانفعال وكثرة البكاء. وفي أثناء هذه المرحلة تحدث تبدلات هرمونية واضحة.

◆ يتوقف الطمث أو يضطرب في النوبات الحادة من الاكتئاب.

◆ تشتد الأعراض الاكتئابية أو تزداد في سن الإياس.

◆ قلة وقوع اضطرابات المزاج قبل البلوغ، وزيادتها في مرحلة النضج.

● **ترافق أمراض الجهاز العصبي واضطرابات المزاج:**

◆ قد تتظاهر بعض أمراض الجهاز العصبي كداء باركنسون والتصلب العديد وأورام الدماغ والصرع - ولاسيما صرع الفص الصدغي - بأعراض اكتئابية أو هوسية.

◆ يشير تحسن الأعراض المزاجية بالمعالجة بالتخليج الكهربائي إلى وجود اضطراب في الجهاز العصبي.

● **ترافق اضطرابات المزاج وشذوذات فيزيولوجية مرضية:** تبين الدراسات الحديثة والأكثر قبولاً حالياً، والموجهة نحو دراسة النواقل العصبية الدماغية والمستقبلات الكيميائية في المشبك العصبي الملاحظات التالية:

◆ وجود اضطراب أو نقص في مستويات السيروتونين والنورأدرينالين والدوبامين في المصابين بالاكتئاب.

◆ انخفاض مستويات الأدرينالين والدوبامين في الاكتئاب وارتفاعها في الهوس.

◆ الفرضية الأكثر قبولاً هي سوء التنظيم في مستويات السيروتونين -النورأدرينالين - الدوبامين أو في التفاعل الكيميائي أو الكهربائي بين هذه النواقل العصبية أو في مستقبلاتها في مستوى المشبك العصبي.

◆ أظهر تشريح الدماغ وجود نقص في السبل العصبية السيروتونينية في الدماغ، واضطراباً في التشريح المرضي في النوى القاعدية والجهاز الحوفي والوطاء.

◆ يبدو في تخطيط الدماغ الكهربائي قصر مرحلة نوم الريم والمرحلتين الثالثة والرابعة من النوم العميق لدى ٨٠٪ من المرضى.

● **خلل وظائف المحور الوطائي النخامي:**

◆ فشل تثبيط الإنتاج الداخلي للكورتيزول في نصف المصابين بالاكتئاب بعد إعطاء ١ملغ دكساميتازون (اختبار التثبيط بالدكساميتازون).

◆ فشل زيادة إفراز TSH بعد إعطاء TRH في ٣٠-٤٠٪ من المصابين بالاكتئاب (اختبار TRH).

ومن أجل التوفيق بين كل ما ذكر أعلاه يمكن القول إن الاكتئاب يظهر حين تضافر أكثر من عامل من الأسباب السابقة، أو حين تفاعلها بعضها مع بعض.

ثانياً- الاضطراب الاكتئابي الكبير أو الجسيم:

يعرف الاكتئاب بأنه انخفاضٌ مرضي في المزاج، ترافقه أعراض بطء نفسي وجسدي وحركي. ويعد الاكتئاب الكبير أو الجسيم major depression من الاضطرابات النفسية الشائعة، تراوح نسبة انتشاره مدى الحياة بين ٥ و ١٧٪، وتبلغ نسبة وقوعه السنوية ١,٥٩٪. وينتشر الاكتئاب الكبير في الدول النامية بنسبة تراوح بين ٤ و ٤٤٪ استناداً إلى مراجعات كوكران المنهجية.

يزيد انتشار الاكتئاب بين مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية (العيادات الخارجية) مرتين إلى ثلاث مرات عما في المجتمع العام، ويحتل المركز الثاني بين الاضطرابات المزمنة الأكثر مصادفة في تلك المراكز. ويبلغ معدل الانتشار النقطي point prevalence استناداً إلى العديد من الدراسات الوبائية ٥-١٠٪، وفي تقرير لمنظمة الصحة العالمية عن انتشار الاكتئاب في أربعة عشر مركزاً للرعاية الصحية الأولية تراوح معدل الانتشار بين ٢,٦ و٢٩,٥٪.

للاكتئاب تأثير كبير في الوظائف العائلية والمهنية للشخص، وفي نوعية الحياة quality of life، فهو يزيد من تكاليف الرعاية الصحية. وتمر غالبية حالات الاكتئاب في عيادات الرعاية الصحية الأولية من دون تشخيص؛ لأن التظاهرات الأساسية للاكتئاب هي شكايات جسدية عضوية، ولا يعبر المرضى عن الاكتئاب على نحو صريح، لذلك فهم لا يتلقون العلاج المناسب مما يسيء إلى صحتهم، إذ يكشف أقل من نصف الحالات فقط: مما يوضح أهمية زيادة معدلات

كشف الاكتئاب في مراكز الرعاية الصحية الأولية. هذ، وقد يكون الاكتئاب عرضاً في بعض الأمراض النفسية. أو مرضاً كالاضطراب الاكتئابي الجسيم أو الكبير، وهو يصيب النساء أكثر من الرجال بمعدل ٣-١، ويكثر عند الأرامل وغير المتزوجين من الرجال، وعند النساء المطلقات والمتزوجات، ويرافق كثيراً من الأمراض العضوية المزمنة كارتفاع الضغط والربو والسرطان.

الأعراض السريرية لنوبة الاكتئاب:

تختلف الأعراض السريرية لنوبة الاكتئاب depressive episode على نحو واضح بين مريض وآخر، وربما لا تصادف إلا أعراض قليلة أحياناً. وقد تبدأ نوبة الاكتئاب على نحو حاد عقب شدة أو رضح نفسي، أو تزحف الأعراض ببطء بأعراض عامة غير وصفية أكثرها شيوعاً التعب والإعياء وصعوبة التركيز والآلام الجسدية والأرق وتغير المزاج. ويمكن تصنيف الأعراض و العلامات السريرية ضمن المجموعات التالية:

١- المظهر العام:

أ- الشكل الخارجي: يبدو على سحنة المريض الحزن والكآبة واليأس، فيكون المريض عابس الوجه، متعب العيون، متورم الأجفان، وتبدو علامات الامتعاض واليأس على شفتيه، ويكون صوته خافتاً متهدجاً، كما يكون قليل الاهتمام بالهندام والعناية الشخصية وبمظاهر الزينة، وسريع البكاء وسخي الدموع. ولكن قد تشاهد في حالات قليلة حيلة إنكار الاكتئاب أو رفضه، فيبدو المريض مبتسماً وكأنه يرتدي قناعاً من السعادة.

ب- السلوك الخارجي: نقص الإيماء، ومشية مقوسة الظهر، وقلة القدرة على العمل، والعزلة الاجتماعية، وإهمال الأعمال البيتية اليومية.

٢- المزاج المكتئب والأعراض الاكتئابية: وهي فقد معنى اللذة والمتعة والسرور، أو قلة الشعور بها، يبدأ الاكتئاب بأعراض بسيطة تتدرج في الشدة، بدءاً من الحزن وفقد القدرة على التمتع بالمسرات والمباهج إلى شعور المريض بتغير لون الحياة وقيمتها نحو التشاؤم والسوداوية والشعور بالجزع والانقباض والإصابة بنوبات من البكاء. ثم تشتد وطأة الاكتئاب فيصاب المريض بفقد الأمل واليأس ويتحسر على ماضيه السيئ ومستقبله المرعب والمخيف، ويتمنى الموت لشعوره بأنه لا يستحق البقاء مما يفاقم خطر الانتحار. وتتميز هذه الأعراض بالتغير النهاري، إذ تكون على أشدها في الصباح حين يصحو المريض وهو يعاني من الحزن والضيق والانقباض الشديد ثم يتحسن تدريجياً في وسط النهار.

٣- الأعراض النفسية: تتميز بالبطء النفسي الحركي، إذ يعاني المريض من قلة الانتباه والشرود وضعف القدرة على التركيز وزوال سرعة البديهة، والتردد في اتخاذ القرارات، وتبدل في الطباع وعدم تحمل الآخرين. ويُعدّ القلق عرضاً مهماً وشائعاً، فقد ترافق معظم نوب الاكتئاب نوب من القلق ومن النزق والهياج، وقد يكون القلق مُقَنَّعاً بالتثبيط وبالبطء النفسي، وتشاهد أعراض القلق بنسبة قد تصل إلى ستين بالمئة. وما يميز القلق من الاكتئاب هو أن الصورة السريرية المسيطرة في الاكتئاب هي الحزن، وفي القلق الخوف ولاسيما الصباحي ومن دون سبب.

ترافق هجمة الاكتئاب أيضاً اضطرابات معرفية، مثل التعب النفسي والإجهاد الشديد حين التفكير بأبسط الأمور، وتضخيم الأشياء البسيطة والأعمال اليومية، وتوقع العواقب السيئة للأشياء كالحوادث والموت، والإحساس بالذنب وتأنيب الضمير واتهام النفس بالخطيئة والشر على نحو غير منطقي ومبالغ فيه، والشعور بالدونية وبعدم الأهمية، وكراهية كل شيء، حتى إن المريض يكره ذاته في الحالات الشديدة ؛ لهذا يبحث المرضى في ماضيهم عن حادثة أو موقف ما يعزون له سبب مرضهم ومعاناتهم وشعورهم بالذنب واتهام الذات وتحقيرها ومحاسبتها، فيعتقد المريض مثلاً بأنه يُعاقب الآن بالاكتئاب على ذنب قديم مثل التقصير في مساعدة إنسان قبل سنوات، وهذا التحسر على الماضي هو أحد أعراض الاكتئاب وليس سببه، لأنه يختفي بعد الشفاء.

٤- الأعراض البيولوجية وتشمل:

أ- اضطراب النوم: وهو عرض شائع جداً قد يظهر بشكل أرق في بدء النوم، أو بشكل تقطُّع النوم وتكرر الاستيقاظ في الليل المترافق بأحلام وكوابيس، ولكن اضطراب النوم المميز للاكتئاب هو الاستيقاظ الصباحي المبكر قبل ساعات من الموعد المعتاد. وقد تدل شدة الأرق على درجة الاكتئاب، وهي الباعث الأكثر شيوعاً للاستشارة الطبية، وعلى النقيض من ذلك يعاني نحو ١٠٪ من المصابين بالاكتئاب من فرط النوم.

ب- تبدلات الشهية: القهم أو نقص الشهية علامة مميزة للاكتئاب، وقد يصبح المريض غير قادر على رؤية الطعام أو شم رائحته، ويرافق ذلك نقص وزن الجسم، وقد يستخدم بعض المرضى رفض الطعام للتعبير عن رغبة بالانتحار.

وترافق الاكتئاب عند بعض المرضى الشراهة للطعام وزيادة الوزن، وقد تكون البدانة الشكوى الرئيسة لبعضهم.

ج- الإمساك: وخاصة الإمساك المزمن، وهو من الأعراض الشائعة في الاكتئاب.

د- الاضطرابات الجنسية: ضعف الرغبة الجنسية، وسرعة القذف، وضعف الانتصاب، والعنانة، والنفور والبرود الجنسي عند النساء، واضطراب الدورة الشهرية بأشكالها المختلفة.

هـ- الشكاوى الجسدية غير المفسرة: من الأعراض الشائعة، وقد تكون الشكاية الأولى؛ لذلك يتعرض بعض المرضى لاستقصاءات عديدة وعلاجات متكررة غير ضرورية قبل تشخيص إصابتهم بالاكتئاب. ومن الشكايات الجسدية الشائعة الصداع القمي المستمر وطنين الأذنين والدوام (الدوخة) وضيق النفس وعسر الهضم وانتفاخ البطن وآلام الساقين والذراعين وآلام الظهر والآلام الهيكلية المعممة.

و- ضعف النشاط الحركي: التعب ولاسيما صباحاً، والكسل والخمول الحركي والنفسي والذهني. وفي الحالات الشديدة الامتناع عن الأكل والشرب والكلام. وقد يشاهد العكس أحياناً كالهياج النفسي الحركي بكل درجاته.

٥- الانتحار: وهو أكثر الأعراض خطورة؛ لأن ٥٠-٧٠٪ من حوادث الانتحار سببها الاكتئاب، مما يجعله الهم الشاغل للأطباء. يكثر الانتحار بين المسنين وفي الحالات الشديدة من اليأس وتأنيب الضمير، وعند وجود ضُلالات الذنب أو أهلاسات سمعية آمرة بالانتحار.

٦- الأعراض الذهانية:

تشاهد الضُلالات في الاكتئاب الذهاني الشديد، فترى ضُلالات الذنب (يعد المريض نفسه مسؤولاً عن أخطاء الآخرين أو عن الكوارث في العالم)، والضُلالات الاضطهادية، وضُلالات الإفلاس والفقر والضُلالات العدمية (متلازمة كوتار Cotard's syndrome [ر. الفحص والتشخيص في الطب النفسي]) كأن يتوهم المريض غياب عضو من أعضائه أو توقفه عن العمل، مثل غياب الأمعاء أو الدماغ أو طرف أو الشلل العام، أو يعتقد المريض أنه ميت.

وقد تظهر في الاكتئاب الشديد بعض الأهلاسات السمعية (أصوات تتهم المريض بالخطيئة والذنب)، أو البصرية أو الشمية (روائح قذرة أو متعفنة، أو رؤية جثث موتى أو أقرباء متوفين قديماً) أو الذوقية، ومن الممكن مشاهدة بعض الانخداعات كسوء التأويل.

تبقى البصيرة سليمةً في أغلب الحالات، ولكن قد يعتقد المريض في بعض الحالات الشديدة من اليأس عدم جدوى مراجعة الطبيب وأن حالته لا أمل بشفائها.

معايير تشخيص النوبة الاكتئابية استناداً إلى ICD-10:

يعد التصنيف العالمي للأمراض أن الأعراض النوعية في الاكتئاب هي:

١- الأعراض الأساسية:

أ- انخفاض المزاج، أو المزاج المكتئب.

ب- انعدام التلذذ والمتعة بالأشياء، وتناقص الاهتمام بالأمور الترفيهية.

ج- انخفاض الطاقة وسهولة التعب.

٢- الأعراض المهمة الأخرى، والأعراض الجسدية أو البيولوجية:

أ- انخفاض التركيز والانتباه.

ب- انخفاض احترام الذات والثقة بالنفس.

ج- أفكار عن الشعور بالذنب أو بفقدان القيمة.

د- موقف متشائم تجاه المستقبل.

هـ- رغبة في إيذاء النفس أو الانتحار.

و- اضطراب النوم.

ز- اضطراب الشهية للطعام.

ح- أفكار عدوانية تجاه الذات والآخرين، أو أفكار انتحارية.

ط- فقد وزن أكثر من ٥٪ في الشهر السابق.

ي- فقدان الرغبة الجنسية على نحو واضح.

ك- بطء نفسي حركي واضح وملاحظ من قبل الآخرين.

ل- استيقاظ صباحي مبكر قبل ساعتين من الموعد المعتاد.

م- الأعراض أشد في الصباح.

يشترط لتشخص نوبة اكتئاب خفيفة mild depression episode وجود عرضين على الأقل من الأعراض الثلاثة الأساسية، مع عرضين على الأقل من الأعراض الأخرى، على أن تكون الأعراض خفيفة الشدة ولم تؤدّ إلى الانقطاع التام عن العمل، ولكن هناك صعوبة في العمل مع صعوبات اجتماعية وعائلية.

تشخص نوبة اكتئاب معتدلة moderate depression episode حين وجود عرضين على الأقل من الأعراض الثلاثة الأساسية مع ثلاثة (ويفضل أربعة) على الأقل من الأعراض الأخرى، على أن تكون الأعراض متوسطة الشدة، وقد تؤدي إلى الانقطاع التام عن العمل أو النشاطات الاجتماعية الأخرى.

تشخص نوبة اكتئاب شديدة severe depression episode حين وجود الأعراض الأساسية الثلاثة مع أربعة على الأقل من الأعراض الأخرى على أن تكون الأعراض شديدة، ويكون خطر الانتحار مرتفعاً هنا، وتؤدي هذه الحالة إلى الانقطاع

التام عن العمل أو النشاطات الاجتماعية الأخرى مع أعراض جسدية شديدة ومتعددة وغالباً مع أعراض ذهانية.

يجب استمرار الأعراض بشدة كافية مدة أسبوعين على الأقل، أو مدة أقصر إذا كانت الأعراض شديدة وتكاملت سريعاً، ويجب أن ترافقها صعوبة في متابعة النشاطات الاجتماعية والمهنية والمنزلية أو انعدامها. ويجب حين تشخيص نوبة اكتئابية تحديد شدتها (خفيفة، معتدلة، شديدة)، ووجود الأعراض الجسدية أو غيابها، ووجود الأعراض الذهانية أو غيابها، والسلوك الظاهر (اكتئاب مع أعراض هياج وقلق مسيطرة، أو مع بطء وتثبيط نفسي حركي).

الأشكال السريرية:

١- **الاضطراب الاكتئابي المعاود recurrent depressive disorder:** يتميز بتكرر حدوث أكثر من نوبة اكتئابية واحدة، مع حالة سواء مزاجي بين النوب فترة لا تقل عن الشهرين، وشريطة عدم حدوث أي نوبة هوس. وقد تأخذ معاودة الاكتئاب أشكالاً متعددة؛ فقد تكون نكساً بعد شفاء تام، أو نكسا بعد شفاء جزئي لكن من دون اكْتِئاب جُزْئِيّ بين النوب، أو نكساً مع اكْتِئاب جُزْئِيّ بين النوب، أو نكساً مع شفاء جزئي واكْتِئاب جُزْئِيّ مرافق.

٢- **اكتئاب المسنين:** يتميز بشيوع الاضطرابات الاستعرافية كاضطراب الذاكرة والانتباه والمحاكمة والتفكير (مما يوحي إلى أعراض الخرف الكاذب القابل للتراجع بعد العلاج). كما تكثر في اكتئاب المسنين الأعراض المراقية أو الجسدية الغامضة، واضطراب النوم، وأعراض القلق الشديدة، مع ارتفاع نسبة الانتحار. وغالباً ما تكون الأعراض غير واضحة؛ لأن المسنين يصعب عليهم، أو يرفضون التعبير عن أنهم مكتئبون. والعلاج بالتخليج الكهربائي مع مضادات الاكتئاب خيار مفضل للمعالجة.

٣- **الاكتئاب المقنع أو الاكتئاب الضاحك:** يبدأ غالباً على نحو حاد بشكايات جسدية غير وصفية للاكتئاب، وانشغالات بوجود أمراض (أعراض مراقية). ويتطور على نحو دوري مع تناقض واضح بين ضعف الشكوى وبين آثارها الشديدة في الحياة اليومية، ومع إحساس بالتعب والوهن، واضطراب النوم، وقلق وتوتر داخلي، وهياج ونزق من دون مسوغ، وحساسية زائدة للأصوات وعدم تحمل الآخرين، وتشاؤم حول العلاج، وتغيرات في نمط الشخصية نحو اللامبالاة. وترافقه بنسبة عالية من سلوك إدمان أو كحولية.

٤- **الاكتـــئـــاب الارتــدادي (الأوبــي) involutional (أو السوداوية أو ملنخوليا):** يبدأ على نحو بطيء في منتصف العمر، ويكثر في النساء، ويتميز بمزاج اكتئابي شديد وفقد الأمل وعدم استبصار المريض لحالته ورفض العلاج، وفقد المتعة مع خطر انتحاري عالٍ، وأعراض جسدية كثيرة كفقد الشهية ونقص الوزن، وأعراض قلق شديد وهياج، وقد توجد أعراض ذهانية كالضُلالات والأهلاسات. يستجيب هذا الشكل من الاكتئاب جيداً للعلاج بالتخليج الكهربائي ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة وغالباً ما يكون شأن العوامل البيولوجية والكيميائية أهم في هذه الحالة من شأن العوامل النفسية والاجتماعية.

٥- **الاكتئاب الناجم عن الأدوية:** مثل الستيروئيدات، والرزربين، والكحول، والباربيتورات، وبعض خافضات الضغط الشرياني، وحبوب منع الحمل.

٦- **الاكتئاب مع أعراض ذهانية:** غالباً ما تكون الأعراض الذهانية منسجمة ومتفقة مع المزاج، فتوجد عند المريض ضُلالات حول الخطيئة والذنب والفقر والعدم، وهلوسة سمعية أو بصرية حول الأموات والقبور، أما اذا كانت الأعراض الذهانية غير متفقة مع المزاج فغالباً ما توجِه نحو تشخيص اضطراب ذهاني آخر مثل الفصام.

٧- **اضطراب الوجدان الموسمي seasonal affective disorder:** يعدّ الاكتئاب موسمياً إذا حدث خلال أحد فصول السنة، وهجع هجوعاً تاماً في فصل آخر خلال السنتين الأخيرتين. والاكتئاب الموسمي هو شكل من أشكال الاكتئاب المعاود تحدث نوبه في الشتاء أو في الخريف، ويتظاهر بأعراض اكتئابية وصفية، ويتميز بفرط الشهية خاصة للسكريات، وبفرط النوم، وقد عُزي لتبدلات التعرض لأشعة الشمس؛ لذلك فإن المعالجة النوعية هي المعالجة الضوئية إضافةً إلى مضادات الاكتئاب. وتقول الفرضية إن للاكتئاب الموسمي علاقة بزيادة إفراز الميلاتونين لدى الأشخاص الذين لديهم استعداد، وتقوم المعالجة الضوئية بالحدّ من إنتاج الميلاتونين بتعريض المرضى لإضاءة قوية جداً (٢٥٠٠-٥٠٠٠ لوكس) مدة ساعتين يومياً عدة أيام. وآلية تأثير الضوء هي فعله المثبط للإنزيم الذي يفكك التريتوفان إلى acetyl 5HT، وبالتالي زيادة تحول التريتوفان إلى سيروتونين.

٨- **الاضطرابات المزاجية المستمرة:** هي اضطرابات مزاج يغلب أن تكون مبهمة ومتذبذبة، يعاني فيها المصاب أعراضاً لا تبلغ شدة كافية لتشخيص هوس أو هوس خفيف أو اكتئاب خفيف، وتستمر عدة سنوات أو غالبية الحياة، وتُصنّف إلى دورية المزاج والاكْتِئاب الجُزْئِيّ.

دورية المزاج cyclothymia:

هي حالة من عدم الثبات المزاجي المزمن، تقدر نسبة انتشارها بأقل من واحد بالمئة، وقد تبدأ في سن المراهقة والشباب، ولكن يغلب أن تبدأ في البالغين، وتسير سيراً مزمناً مدة تزيد على السنتين، وتتظاهر بنوب خفيفة من الاكتئاب ومن الهوس تتلخص بتبدلات دورية في النشاط والثقة بالنفس والسلوك الاجتماعي والشهية للطعام لا تكفي لتشخيص اضطراب مزاج هوسي أو اكتئابي. وتتخلل هذه النوب فترات يكون فيها المزاج سوياً.

الأعراض:

العرض الرئيس هو تقلب المزاج بين اكتئاب خفيف وارتفاع مزاج خفيف، فيبدو المريض مرحاً مبتهجاً ناجحاً في فترات الزهو والفرح، ثم يتغير للحزن في فترات الاكتئاب؛ لذا قد يوصف من قبل المحيطين بأنه غريب الأطوار. ويتميز المصابون بهذا الاضطراب - إضافةً إلى مزاجهم المتقلب - بحساسية مفرطة، وبعدم تحمل الكرب، وبأنهم يحبون العلاقات الاجتماعية ولكن ينسحبون منها فجأة من دون سبب مقنع، وبتعرضهم للصعوبات الزوجية، وبالانتقال المفاجئ من الحماس إلى الخوف والتشاؤم والسلوك الاندفاعي الخطر أحياناً، وبالندم على حساسيتهم المفرطة.

علامات فترة الاكتئاب:

نقص الطاقة والتعب المزمن ومشاعر من عدم الكفاءة والأرق أو فرط النوم ونقص التركيز والانسحاب الاجتماعي وفقد المتعة بالممارسة الجنسية وتحدد مباهج الحياة ومشاعر من الدونية والنظرة التشاؤمية.

علامات فترة الهوس الخفيف hypomania:

نقص الرغبة في النوم وتزايد الطاقة وزيادة الثقة بالنفس، وزيادة الإنتاج والثرثرة وكثرة الكلام والتململ الحركي، والضحك الكثير وفرط التفاؤل.

التطور:

قد يدوم هذا الاضطراب مدى الحياة مُحدثاً تدهوراً مهنياً أو اجتماعياً أو عائلياً، أو يمر بفترات من التحسن الجيد، وقد يكون هناك سرف أو سوء استخدام دوائي أو كحولي أو إدمان مادة ما. وتشاهد هذه الحالة عند أقرباء المصاب، وقد تتطور نحو هجمة هوسية حادة أو اضطراب اكتئابي في أي وقت من الأوقات.

الاكتئاب الجُزْئِيّ (أو عسر المزاج) dysthymia:

أضيف هذا التشخيص إلى الاضطرابات المزاجية منذ العام ١٩٨٠م، وقد يسمى باللغة العربية عسر المزاج أو تعكر المزاج. وهو ينتشر بنسبة ٣-٥٪ من السكان، ويغلب حدوثه في النساء، ويبدأ بسن الشباب، ويتضمن أعراض اكتئاب مزمن بشدة غير كافية لتشخيص نوبة اكتئابية خفيفة، ويستمر أكثر من سنتين من دون أن يتخللها فترات من المزاج السوي أكثر من شهر. يشعر المريض بالحزن وبالعجز وبالتعب المزمن، مع انخفاض المزاج وقلة الثقة بالنفس ونقص احترام الذات ومشاعر اليأس والقنوط، وعدم التمتع بمباهج الحياة، وزيادة الشهية للطعام أو نقصها، وزيادة عدد ساعات النوم أو نقصها، إضافةً إلى التردد وصعوبة التركيز، وأعراض مُقنّعة كالكحولية أو الآلام المراقية.

التشخيص التفريقي في الاضطراب الاكتئابي:

يجب التفريق بين الاضطراب الاكتئابي وقصور الغدة الدرقية الذي قد يبدأ بأعراض اكتئابية، والحالات العصبية المزمنة مثل داء باركنسون والتصلب المتعدد، والخرف [ر. الاضطرابات المعرفية]، وأمراض عامة مثل الاكتئاب التالي للأمراض المعدية والذئبة الحمامية والفشل القلبي أو الكلوي أو الكبدي، واضطرابات نفسية مثل الفصام والقلق والاضطراب التجسيدي somatization واضطراب الوسواس القهري، والحداد [ر. المعالجات في الطب النفسي]، و اضطراب الشخصية الاكتئابي، علماً بأن أصحاب الشخصية الاكتئابية هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب من غيرهم.

ثالثاً- اضطراب المزاج ثنائي القطب:

يشخص اضطراب المزاج ثنائي القطب bipolar affective disorder (الذهان الهوسي الاكتئابي سابقاً) بحسب التصنيف العالمي للأمراض عند حدوث نوبتين؛ إحداهما على الأقل ارتفاع المزاج (أي لابد من وجود هجمة هوس أو هوس خفيف) مع نوب من انخفاضه (أي اكتئاب) أو من دون ذلك. وهو يصيب الجنسين بالتساوي. والبراهين على الاستعداد الوراثي للإصابة به أقوى منها في غيره من الاضطرابات النفسية. يبدأ في أكثر من ثلثي الحالات بنوبة اكتئاب، ثم تظهر نوبة هوسية، أما نوب الهوس الصرفة من دون سوابق اكتئاب في سياق اضطراب المزاج ثنائي القطب فتظهر في ١٠-٢٠٪ من الحالات.

نوبة الهوس:

الهوس هو ارتفاع مرضي في المزاج مبالغ فيه، مع مشاركة فرط البهجة والسعادة والثقة وتقدير الذات، وزيادة الوظائف النفسية والحركية واستثارتها وتسارعها، وتظهر النوبة الأولى غالباً في سن ٢٠-٤٠ على نحو حاد أو تحت حاد. تستهل النوبة الهوسية بفظاظة غير معهودة، وبأعمال غير مناسبة

(فضيحة أو جنحة)، ويسلوك أو أفكار وقحة، ويرسائل غرامية وهواتف ليلية متكررة وزيارات غير متوقعة. وقد تكون القصة العائلية إيجابية.

الأعراض السريرية:

قد يأخذ الهوس شكل نوبة هوسية كاملة أو شكل هوس خفيف (أو تحت هوس) hypomania. يتصف الهوس الخفيف باضطراب في المزاج والسلوك بشدة واستمرارية متوسطة تتجاوز الحدود السوية، من دون أهلاس أو ضلالات ومن دون انقطاع كامل عن العمل، ويشاهد على نحو منفصل وحده أو في بداية نوبة الهوس أو في مرحلة الشفاء من نوبة الهوس، وهو شكل مضعف من الهوس يستمر عدة أيام متواصلة، يُلاحظ فيها ارتفاع مزاج المريض - الذي يبدو أكثر سروراً و فرحاً- وزيادة كلامه وغنائه، وكثرة نشاطه وقلة حاجته إلى الراحة وإلى النوم، وسرعة تفكيره وثقته الزائدة بالنفس وتباهيه بأعماله المبدعة، وزهوه بذكائه وبقواه الفيزيائية والعقلية. إضافةً إلى الغرور وإلى عنجهية حديثة الظهور، مع التدخل بأعمال الآخرين على نحو يعرضه لتعليقاتهم، وزيادة استهلاك القهوة والشاي والتدخين والكحول، وزيادة النشاط الجنسي من دون الإخلال بالأعراف والآداب العامة، وصرف النقود ببذخ وسخاء زائد، والتورط بأعمال ومغامرات ومشاريع تتجاوز الامكانات، واضطراب العمل أو النشاطات الاجتماعية من دون الانقطاع عنها.

أما في النوبة الهوسية manic episode فيكون مظهر المريض غير مناسب بسبب الملابس الفاضحة والمزركشة ذات الألوان الزاهية، و سلوك الهياج الشديد أو العدوانية وحب الخصام والتهجم، والتقلب من المرح للغضب والعنف. يشاهد احتداد المزاج وارتفاعه، ويكون المريض بحالة فرح غامر وشعور بسعادة لا توصف وحبور مُعْدٍ لمن يجالسه، مع ميل ورغبة ملحة لإقامة علاقات اجتماعية سطحية، ومع زوال التثبيط الاجتماعي وقلة التزام الأعراف والعادات والقيم الاجتماعية والأخلاقية، مع فرط فعالية وهياج نفسي حركي، وسلوك مزعج للآخرين، مثل الزيارات والاتصالات الليلية، وسهولة الاستثارة والنزق والعدوانية: فحين دخول المريض عيادة الطبيب مثلاً يتدخل في كل الأشياء ويعلق على كل شيء، ويسبب حالة من الفوضى والضوضاء، وحين دخوله لرؤية الطبيب يحاول ولو قسراً احتضانه، وبعد مصارحته بالمرض ينتقل للعدوانية والهياج ويرفض حقيقة مرضه ويتهم الآخرين بالمرض وأنهم هم الذين تتوجب معالجتهم.

يكون المريض معتداً بذاته، مع إحساس بالعظمة والاقتدار الذاتي والكامل وحب السيادة والسيطرة وأحياناً بسلوك لا أخلاقي، وقد يعتقد أنه خبير في كل الأمور كالطب والسياسة والفن، وقد يدعي وجود علاقات شخصية له مع أشخاص مرموقين أو مشهورين أو زعماء كبار، وأنه متحكم بهم ويملك حلولاً لكل أزمات العالم. ويتورط المريض في أثناء نوبة الهوس بمصاريف كبيرة وبنشاطات مالية متهورة نتيجة حب الشراء والكرم غير المنطقي، مما يوقعه في ديون باهظة التكاليف. ويبدو عليه نشاط جنسي مفرط شديد أو شاذ أو علاقات عاطفية متعددة غير حقيقية. ويضطرب أكله ونومه، فينام متأخراً ويستيقظ بعد ساعتين أو ثلاث ساعات وهو في قمة النشاط والحيوية، وربما لا ينام أياماً عديدة. كما يفرط بالأكل وبالشرب وبالتدخين، أو يفعل العكس فيمتنع عن الطعام امتناعاً تاماً، وقد يؤدي إهمال الأكل والشرب في الحالات الشديدة من النشاط البدني المفرط والمستمر إلى الإصابة بالتجفاف مع أعراض اضطراب الوعي. بفحص المريض يلاحظ أنه ثرّ الكلام، فيتحدث بسرعة وبصوت عالٍ ومزعج للآخرين، وتصعب مقاطعة حديثه الممتلئ بالنكات والتورية والسجع وترتيب الكلمات على نحو شعري من المديح والوعظ ونصح الآخرين، مع لعبٍ بالكلمات وغناء يرافقه الضحك والصفير والسخرية، وكلام بذيء من دون احترام، وقد يصبح الكلام غير مفهوم بسبب قلة الانتباه وضغط الأفكار وتطايرها.

تشاهد ضلالات العظمة (التوهم بأنه نبي أو زعيم كبير، إلخ) والضلالات الاضطهادية في ٧٠-٧٥٪ من الحالات، وقد تشاهد أعراض ذهانية أخرى، مثل الأهلاسات السمعية (أصوات الجن أو الملائكة) أو الأهلاسات البصرية، وتكون الأهلاسات عادةً منسجمة مع المزاج. أما البصيرة فتكون مضطربة أو معدومة، ولا يدرك المريض طبيعة سلوكه المرضي.

يحدث الشفاء التلقائي من دون علاج في مدة ٤-٦ أشهر أو أقل من هذا أو أكثر بحسب الهجمة، وتقل مدة الهجمة كثيراً بفضل العلاجات الحديثة حالياً، ولكن النكس محتمل الحدوث. ومن العلامات التي يجب على ذوي المريض تعلُّمها بغية تمييز النكس: إزعاج الآخرين، واضطراب المحاكمة الاجتماعية، والسلوكيات غير المعهودة، والغضب أو الابتهاج غير المعهود، والتأذي المهني وغياب المسؤولية، وعدم التزام الأدوية أو رفض العلاج.

شروط تشخيص نوبة الهوس:

يوضع التشخيص بحسب DSM- IV-TR حين وجود ثلاثة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية (أربعة في حالة اقتصارها على المزاج المستثار) مدة لا تقل عن أسبوع (المدة

غير مهمة حين وضع استطباب دخول المستشفى):
١- الشعور بالعظمة وزيادة الثقة بالنفس.
٢- أعراض النشاط النفسي والحركي.
٣- تطاير الأفكار.
٤- الشرود.
٥- ضغط الأفكار pressure of thoughts أو ثر الكلام logorrhea أو الثرثرة.
٦- قلة الحاجة إلى النوم.
٧- اضطراب السلوك الاجتماعي.

التشخيص التفريقي في اضطراب الهوس:

يجب التفريق بين الهجمة الهوسية واضطرابات نفسية أخرى، مثل الفصام واضطرابات الشخصية، وأمراض طبية مثل فرط نشاط الدرق وداء كوشنغ والتصلب العديد، والاضطرابات النفسية المحرضة بالأدوية والمواد.

تشخيص اضطراب المزاج ثنائي القطب:

يشخص هذا الاضطراب حين يصاب المريض بنوبة هوس (أو نوبة هوس خفيف) وبنوبة اكتئاب، أو بنوبتين هوسيتين، أو بنوبة هوس ونوبة هوس خفيف. ويتضح من هذا وجود طيف لاضطراب المزاج ثنائي القطب قد يقسم بعدة طرق؛ منها تقسيمه إلى ١- دورية المزاج (المذكورة آنفاً)، ٢- اضطراب المزاج ثنائي القطب من النمط I، ويمتاز بحدوث نوبة هوسية أو مختلطة واحدة على الأقل، ٣- اضطراب المزاج ثنائي القطب من النمط II، الذي يمتاز بحدوث نوبة هوس خفيف واحدة على الأقل ونوبة اكتئابية واحدة على الأقل.

وتشخيص الاضطراب ثنائي القطب ليس سهلاً دوماً، ولاسيما حين يبدأ بنوبة اكتئابية من دون سوابق مرضية، ومن المميزات التي تساعد على التشخيص في هذه الحالة: القصة العائلية لاضطراب ثنائي القطب، والبدء المبكر قبل سن العشرين، والحدوث الموسمي أو التأثر بالفصول، والبدء الحاد الفجائي للنوب، وكذلك الانتهاء الفجائي. وتتميز نوب الاكتئاب في الاضطراب ثنائي القطب من نوب الاضطراب الاكتئابي الجسيم بكثرة حدوث الضُلّالات وتبدد الشخصية والغربة عن الواقع، وبالبطء النفسي الحركي، في حين لا يتماشى كثيراً مع الاضطراب ثنائي القطب وجود مرض جسدي آخر كالسكري وارتفاع الضغط وترافقه مع الاكْتِئاب الجُزْئِيّ.

الحالات المختلطة من الاضطراب ثنائي القطب:

هناك حالات لا نموذجية من اضطراب المزاج ثنائي القطب يصعب تشخيصها بسبب وجود أعراض هوسية واكتئابية في النوبة نفسها، وتسمى الهوس المختلط عندما تتظاهر بنوبة هوسية مع أعراض اكتئابية لا تكفي لتشخيص نوبة اكتئابية، وتسمى الاكتئاب المختلط عندما تتظاهر بنوبة اكتئابية مع أعراض هوسية لا تكفي لتشخيص نوبة هوسية. وتتميز هذه الحالات المختلطة بامتزاج الأعراض الهوسية بالاكتئابية؛ فالضحك يتلوه البكاء، والعظمة تليها مشاعر تأنيب الضمير والإحساس بالذنب، وتتناوب فترات الفرح وزيادة الكلام مع أحاسيس من الكآبة والتفكير بالانتحار. وهذه الحالات شائعة وتؤلف نحو نصف حالات الهوس على نحو عام، وثلث حالات الهوس المقبولة في المستشفيات، وغالباً ما توجد قصة عائلية لاضطراب اكتئابي أو ثنائي القطب في العائلة. تكثر هذه الحالات في الإناث، وترافقها خطورة انتحار عالية، وتأخذ شكلاً مزمناً ومزعجاً يسيء إلى حياة المريض، وترافقه نسبة عالية من سوء تعاطي المواد أو الكحول، وتستجيب هذه الحالات لمضادات الاختلاج بوصفها مثبتات مزاج أكثر من استجابتها لليثيوم.

يمتاز **الهوس المختلط** بأفكار عظمة من دون فرط فعالية، وبعدم استقرار انفعالي، وبشكوك وعدائية، وبقلق وتعب وأفكار انتحارية، وبهياج يغلب عليه الطابع الكلامي، وبزيادة الرغبة الجنسية، وباضطراب البصيرة والتواصل، وبمشاعر فقد القيمة وفقد الاهتمام وزيادة الشهية والوزن. من أجل سهولة التشخيص يُبدأ بالبحث عن أعراض اضطراب تلو الآخر، فيُبدأ بأعراض الهوس ثم الأعراض الاكتئابية ثم الذهانية، ويرافق تبدد الشخصية والغربة عن الواقع والأفكار الضُلالية الحالات المختلطة أكثر مما ترافق الهوس الصرف. والهوس المختلط هو اضطراب قائم بذاته، يدعم تشخيصه وجود شخصية اكتئابية سابقة للمرض تتميز بطبع حزين ومتشائم وبإخفاقات متكررة، وبالخجل والضجر والملل، وبالحساسية للرفض وبنقص التفاعل الاجتماعي، وكلما كان الطبع قبل المرض غير متفق مع الهوس (طبع اكتئابي) كانت الحالة خلال المرض أكثر وصفية للهوس.

أما **الاكتئاب المختلط** فقد يحدث خلال تطور الاضطراب ثنائي القطب من النمط II، وقد ينجم عن تحريض أعراض هوسية حين معالجة الاكتئاب بدواء مضاد للاكتئاب أو بالتخليج الكهربائي. تتصف هذه الحالة بغزارة الكلام، وزيادة التعابير الإيمائية الوجهية، وتعبير مفرط عن الشكايات، وتعب شديد وتدفق أفكار، وزيادة الشبق (الليبيدو)، وأرق معند على الأدوية، مع تراجع الأداء المهني والاجتماعي والعائلي الشخصي.

معالجة الحالات المختلطة:

فالبروات الصوديوم هو الدواء الأول في الحالات المختلطة ولاسيما في المراحل الحادة، ويفيد في العلاج وفي الوقاية من الأعراض الاكتئابية والهوسية. أما كاربامازين ففعال في الأعراض الهوسية أكثر مما في الأعراض الاكتئابية، وله تأثير وقائي جيد. وتستجيب الحالات المختلطة لليثيوم على نحو أقل من استجابة الهوس الصرف، ويحسن الليثيوم الطور الاكتئابي أكثر من الطور الهوسي هنا، ولاموتريجين lamotrigene دواء جيد يفيد في الحالات الاكتئابية. أما مضادات الاكتئاب فقد تسبب عدم استقرار في المزاج وزيادة في الحالات المختلطة؛ مما يستدعي الحذر من وصفها إلا في حالات الاكتئاب الصرف.

الاضطراب ثنائي القطب سريع التقلب rapid cycling:

هو شكل سريري من أشكال الاضطراب ثنائي القطب نمط I أو نمط II، يتميز بحدوث أربع نوب مزاجية على الأقل (هوس، هوس خفيف، اكتئاب، حالة مختلطة) في أثناء السنة الماضية، ويحدث في الفترات بين النوب هجوع جزئي أو كلي مدة لا تقل عن شهرين، أو انقلاب المزاج للقطب الآخر المعاكس. وهذا الاضطراب أكثر حدوثاً في المصابين بالاضطراب ثنائي القطب النمط I، ويصيب ثلث المصابين بالنمط II، ولا يستجيب جيداً للعلاج بالليثيوم (نسبة الاستجابة أقل من الربع). ويحدث في ٢٠٪ من المرضى في أثناء العلاج بمضادات الاكتئاب، وهو أكثر شيوعاً لدى الإناث، وقد يرتبط حدوثه بالدورة الشهرية، كما قد يرافق قصور الغدة الدرقية أو سوابق تناول الكورتيزون أو تناول مضادات الاكتئاب أو وجود إصابات عصبية دماغية.

الإنذار محتفظ به على المدى الطويل. أما العلاج فيفضل عدم وصف مضادات الاكتئاب، وإيقافها إن كان المريض يتناولها، وإعطاء مثبت مزاج من مضادات الاختلاج. ويرى بعضهم فائدة أملاح الليثيوم إذا شاركتها الفالبروات، ويلجأ في حالات عدم الاستجابة إلى التخليج الكهربائي أو العلاج بكلوزابين.

الاضطراب ثنائي القطب في المسنين:

يبدو أنه شائع ومنتشر أكثر مما يشخص، ويقدر أن الاضطراب الاكتئابي موجود في أكثر من عشرين بالمئة من ساكني دور المسنين.

الاضطراب ثنائي القطب المحرض دوائياً:

هناك بعض الأدوية التي قد تثير هجمة هوس، أهمها: مضادات الاكتئاب والستيروئيدات ومسكنات الألم (كودئين، اندوميتاسين، بنتازوسين، ترامادول، نيفوبام nefopam، بيبرونورفين)، والمنبهات النفسية (مثل أمفيتامين و ميثيل فينيدات)، ومضادات داء باركنسون (مثل امانتادين، ليفودوبا، بروسيكليدين، بروموكريبتين)، وبعض الأدوية الصدرية (مثل سالبوتامول، بسودوافدرين، امينوفيلين، افدرين)، وبعض الصادات الحيوية (مثل كلارثروميسين، مضادات التدرن، كلوروكين)، وبعض الأدوية القلبية (مثل كابتوبريل، كلونيدين، ديجوكسين، رزربين، بروبرونولول، ديلتيازم، هيدرالازين) وانترفيرون، وسيكلوسبورين ، وباكلوفين، وبعض الأدوية الهضمية (مثل سيميتيدين، ميتوكلوبراميد، رانيتيدين)، والمعالجة بالتخليج الكهربائي. كما قد تحدث نوبة هوسية عند سحب بروبرانولول أو ميتيل دوبا.

إنذار اضطرابات المزاج:

يختلف سير الاضطراب المزاجي بحسب شدة الأعراض ونوعيتها، وتعد اضطرابات المزاج على نحو عام اضطرابات مزمنة، ويتفاوت إنذارها تفاوتاً شديداً من مريض إلى آخر، فقد تحدث نوبة عابرة خفيفة تشفى تلقائياً (أعراض غريبة سريعة الزوال)، لكن النكس محتمل دوماً. قد تتكرر نوبات اكتئابية في بعض المرضى ونوبات هوسية في غيرهم، في حين تتناوب النوبات الاكتئابية والنوبات الهوسية في آخرين. وقد تشتد وتتقارب النوبات، وقد تحدث النوبة بمحرض خارجي أو من دون سبب واضح، وقد يعود الشخص سوياً تماماً بعد انقضاء النوبة، أو تبقى أعراض تتدرج من الخفيفة حتى الشديدة المقعدة للمريض.

تستمر النوبة المزاجية حالياً بين ٤-٨ أسابيع بالعلاجات الحديثة (كانت تستمر النوبة ٦-١٢ شهراً قبل اكتشاف العلاجات الحديثة)، وتحدث نوبة وحيدة لا تتكرر في ١٠-١٥٪ من الحالات، ويأخذ الاضطراب سيراً مزمناً في ١٠-١٥٪ من الحالات، ويمر الاضطراب بفترات هجوع مع نكس متكرر (من ١-٣ نوب/السنة) في ٧٠-٨٠٪ من الحالات، ويموت انتحاراً ١٥٪ من المصابين بالاكتئاب.

يسوء الإنذار بتأخر التشخيص الذي يؤدي إلى مضاعفات متنوعة منها التأذي المهني (تغيب عن العمل، وفقد الوظيفة، ونقص الإنتاج وتردٍ اقتصادي ومشكلات مالية ومعيشية)، واضطراب العلاقات الاجتماعية (إذ يعاني أكثر من ثلثي المرضى من صعوبات في التلاؤم والتأقلم العائلي والاجتماعي وخلل في العلاقات العائلية ومشاكل عائلية وطلاق وعدم استقرار عاطفي)، وتأثير سلبي في المعالجة (كرفض المعالجة وعدم المطاوعة العلاجية)، ومضاعفات طبية نفسية (مثل

تعاطي المخدرات والكحول)، ومشكلات قانونية وجنائية بسبب نوبة الهوس (كالديون الباهظة والأفعال المخلة بالأخلاق والجنايات) ومحاولات الانتحار. ومن مؤشرات سوء الإنذار: تكرر النوبات وخاصة ثنائية القطب، وبدء المرض بعد عمر ٥٠ سنة، ووجود أعراض جسدية أو مراقبة مزمنة، أو أعراض ذهانية.

أما عوامل حسن الإنذار فتتضمن صغر سن المريض، وبدء النوبة السريع، وغياب الأعراض الذهانية، وقصر مدة النوبة، وغياب القصة العائلية، وغياب اضطراب الشخصية قبل المرض. وإنذار النوبة الأولى أحسن من إنذار النوب التالية.

معالجة اضطرابات المزاج:

قد تتطلب معالجة اضطرابات المزاج الاستشفاء حفاظاً على سلامة المريض وسلامة المجتمع، وقد يكون الاستشفاء بإرادة المريض أو قسرياً في حال فقدان البصيرة، وإذا سبب المريض خطورةً على نفسه أو تهديداً لحياة الآخرين أو للسلامة العامة. ويستطب الاستشفاء بقصد السيطرة على الهجمات الهوسية أو الاكتئابية حين يرافق الهوسَ سلوكٌ عدواني وعنف، وفي الاكتئاب الشديد أو الاكتئاب الذهولي أو السبات الاكتئابي، وحين وجود محاولات انتحارية أو تهديد بها، وعند رفض الطعام التام ورفض تناول الدواء، أو سوء استخدامه وسوء الحالة الصحية العامة، وفي فقد البصيرة والمحاكمة.

المعالجة الدوائية:

تعدّ الأدوية العلاج الأساسي للاضطرابات المزاجية، وفي بعض الحالات يبدأ العلاج في المستشفى لمراقبة التأثيرات الجانبية ولاختيار الدواء المناسب.

١- علاج النوبة الهوسية:

أ- مضادات الذهان [ر. المعالجات في الطب النفسي]، كمشتقات الفينوثيازين (كلوربرومازين ٣٠٠-٨٠٠ ملغ/يوم)، ومشتقات البيتيروفينون (هالوبيريدول ١٠-٤٠ ملغ/يوم)، ومشتقات الثيوكزانتين (زيكلوبنتيكسول Zuclopenthixol ٢٥-١٥٠ ملغ/يوم)، وأولانزابين (١٠-٣٠ ملغ/يوم)، وريسبريدونrisperidone (٤-٨ ملغ/يوم). قد يبدأ العلاج بالطريق العضلي عدة أيام، ثم حين تحسن الأعراض السريرية يتابع العلاج بالطريق الفموي مع تعديل الجرعات التي تكون في البداية هجومية ثم تخفف تدريجياً مع متابعة المعالجة مدة لا تقل عن ستة أشهر أو سنة، ولمدة سنوات أو على نحو دائم في الحالات المتكررة أو الشديدة.

ب- المهدئات لمدة زمنية قصيرة في أثناء فترات الهياج، كالبنزوديازين (ديازيبام ١٠-٣٠ملغ/يوم، لورازيبام ١-٤ملغ/يوم).

ج- منظمات المزاج: الدواء المعدل أو المنظم للمزاج هو الذي يكون فعالاً في علاج الأطوار المزاجية الحادة وفعالاً في علاج الأعراض الذهانية المرافقة وفي الوقاية من تكرار النوب. ويعد الليثيوم الدواء الأكثر نوعية وفاعلية في العلاج والوقاية من نوبات الهوس وفي الاضطراب ثنائي القطب، لكن ما يحد من شيوعه هو كثرة تأثيراته الجانبية. وتستخدم مضادات الاختلاج على نطاق واسع في العلاج والوقاية من الاضطراب الهوسي والاضطراب ثنائي القطب نظراً لسلامتها وقلة تأثيراتها الجانبية ولاسيما الكاربامازيين وفالبروات الصوديوم واللاموتريجين.

٢- علاج النوبة الاكتئابية:

تفيد مضادات الاكتئاب في أكثر من ٧٠-٨٠٪ من الحالات، وتعند عليها بقية الحالات، تُعطى مضادات الاكتئاب المهدئة حين ترافق الاكتئابَ أعراضُ القلق، ومضادات الاكتئاب الحاثّة حين يرافق الاكتئابَ البطءُ والخمول، وتُعطى مضادات الذهان مع مضادات الاكتئاب المهدئة في حالة الاكتئاب الذي يرافقه أعراض ذهانية.

هناك عدد كبير من مضادات الاكتئاب [ر. المعالجات في الطب النفسي] تصنف ضمن مجموعات، منها مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة مثل ايميبرامين (٧٥-٢٥٠ ملغ/يوم)، وكلوميبرامين (٧٥-٢٥٠ ملغ/يوم)، واميتريبتيلين (٧٥-٢٥٠ ملغ/يوم)، ومضادات الاكتئاب رباعية الحلقة مثل مابروتيلين (٧٥-٢٥٠ ملغ/يوم)، ومُثَبِّطات أكسيداز أُحاديِّ الأمين MAOI مثل فينيلزين وموكلوبيميد.

والأدوية الأكثر استخداماً هي مضادات الاكتئاب المثبطة لاسترداد السيروتونين الانتقائية SSRI، مثل فلوكسيتين (٢٠-٦٠ ملغ/يوم)، وسيرترالين (٥٠-١٥٠ ملغ/يوم)، وباروكسيتين (٢٠-٦٠ ملغ/يوم)، وسيتالوبرام ٢٠-٦٠ ملغ/يوم وغيرها. كما تستخدم مثبطات استرداد السيروتونين والنورادرينالين مثل فنلافاكسين (٥٠- ٣٧٥ ملغ/يوم)، وناهضات مستقبلات السيروتونين مثل ترازودون ونيفازودون.

تستمر معالجة نوبة الاكتئاب الأولى ٦- ٩ أشهر بعد زوال الأعراض، أما حين تكرر النوبات فيجب متابعة المعالجة مدة طويلة تستمر أحياناً مدى الحياة.

٣- المعالجة بالتخليج الكهربائي electroconvulsive therapy (ECT):

تطور العلاج بجلسات التخليج الكهربائي (الصدمة

الكهربائية) بعد تطور الأجهزة المستعملة لإجرائه. وتُعد هذه الطريقة من المعالجات الفعالة جداً، وتطبق بتواتر ٢-٣ جلسات أسبوعياً، بمجموع نحو ٦-٨ جلسات يتم في أثنائها تمرير تيار كهربائي ٧٥-١٧٥ فولط، وحيد الجانب أو ثنائي الجانب (بتطبيق مسريين كهربائيين على الناحيتين الصدغيتين) وذلك تحت التخدير العام وبعد إعطاء المرخيات العضلية. وهناك فرضيات كثيرة لتفسير آلية تأثيرها، منها إعادة التوازن للنواقل العصبية في المشبك العصبي في الدماغ، أو تعديل وظيفة الوطاء، أو إعادة التوازن للمستقبلات العصبية السيروتونية ما بعد المشبك زائدة الحساسية في الاكتئاب وناقصة الحساسية في الهوس.

تستطب المعالجة بالتخليج الكهربائي في حالات الاكتئاب الشديد حين وجود بطء نفسي حركي شديد، أو ضُلالات، أو أفكار انتحارية شديدة، أو سوء حالة عامة ونقص وزن. وتستطب في حالات الهوس الشديد التي ترافقها ضُلالات وأهلاسات، وحين العناد على الأدوية أو استحالة إعطاء الدواء لأي سبب كان. كما تستطب في الاكتئاب عند المسنين وأحياناً عند الحوامل. ومضاعفاتها قليلة؛ فقد أصبح حدوث الكسور العظمية نادراً جداً بعد اللجوء إلى التخدير العام، كما أن الوفاة بسبب اضطراب نظم القلب أو القصور التنفسي الحاد الناجم عن التخدير نادرة جداً، وقد يحدث انقلاب المزاج ولاسيما في الاضطراب ثنائي القطب، أما المضاعفات الشائعة فهي النساوة العابرة التي قد تستمر أياماً أو أسابيع قليلة.

٤- المعالجات النفسية:

تهدف المعالجات النفسية إلى إقامة علاقة ثقة بين الطبيب والمريض، وفهم مشاكل المريض وصراعاته الداخلية، وشرح أسباب المرض وأعراضه، وتوفير الدعم الاجتماعي والنفسي. وتشتمل المعالجات النفسية على المعالجة السلوكية والمعرفية، ويُبدأ بها منذ بداية العلاج في الحالات الخفيفة أو بعد استقرار حالة المريض في الحالات الشديدة.

العلاج النفسي جزء لا يتجزأ من علاج الاكتئاب، وأهميته كبيرة في تحسين نوعية الحياة وزيادة نسبة الشفاء والإقلال من النكس. وتمر المعالجة النفسية بمراحل متلاحقة بحسب الصورة المسيطرة على المريض، ففي المرحلة الحادة من المناسب الإصغاء جيداً للمريض، وعدم الغوص في العملية العلاجية النفسية ريثما تتحسن حاله بفعل المعالجة الدوائية، ثم بعد استقرار المريض يُبدأ بالمعالجة النفسية المناسبة. يجب سؤال المريض على نحو غير مباشر عن أفكاره الانتحارية، وتوفير بيئة آمنة، وإبعاد كل وسائل الخطورة عن متناوله (سكين - حبل - ربطة عنق - شفرات حلاقة). كما يجب مراقبة تناوله للطعام، وتشجيعه على التعبير عن مشاعر اليأس والتشاؤم، وعلى أن يصرح عن أفكار الانتحار قبل تنفيذها، وعلى استخدام الجهد الجسمي لتفريغ الغضب والحزن، وتعليمه وسائل تفريغ الغضب كالرياضة مثلا، كما يجب تشجيعه على زيادة الشعور بقيمته الذاتية وأنه مقبول، والطلب منه أن يضع هو بعض التدابير التي يقترحها لتفريغ الغضب أو القلق.

الاضطرابات القلقية

محمد الدقاق

الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا انعدام المرض أو العجز فحسب، والصحة النفسية جزء لا يتجزأ من هذا التعريف. والاضطرابات العصابية أو القلقية هي أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً، والعرض الرئيس فيها هو الخوف.

للخوف في الحالة الطبيعية فوائد، فهو أحد الانفعالات الطبيعية في حياة الإنسان، ويمثل جرس إنذار ينبه إلى وجود تهديد أو خطر لابد من التعامل معه. فحين يُواجه الإنسان بنوع من التهديد الذي يستهدف حياته أو كرامته ويثير خوفه أو فزعه يستجيب الجسم استجابة غريزية تدعى استجابة القتال أو الهرب التي تهيئ الفرد وتمنحه النشاط والطاقة اللازمة للتعامل مع هذا التهديد، إما بالصمود والمواجهة، وإما بالهرب تجنباً للأذى أو الموت.

أما القلق anxiety فهو الشعور بالخوف من دون مسوغ، ويحدث القلق بدرجات متفاوتة: فالقلق البسيط يبدو بانشغال البال أو بحالة ترقب وخشية من حدوث أمر غير سار، أما القلق الشديد فيبدو بشكل خوف أو فزع يكون نتيجة لموقف أو حادث مزعج، حقيقياً كان أو متوهماً، وقد لا يكون بحجم المثير، ومن المحتمل أن يكون مصاحباً بأعراض جسدية لإثارة الجهاز العصبي اللاإرادي كالتعرّق والرجفان والدوخة.

الانتشار والإمراض:

كل الناس بلا استثناء يمرون في وقت ما ببعض الأعراض القلقية، لكن لا تصبح لتلك الأعراض أهمية سريرية إلا إذا سببت ضائقةً distress ملحوظةً تبلغ من الشدّة درجةً تتعارض جوهرياً مع فعاليات الحياة اليومية. وتبلغ نسبة انتشار اضطرابات القلق في الولايات المتحدة بين مجموع الشعب ٨-١٤ ٪، وهي أعلى في النساء منها في الرجال.

غالباً ما يكون القلق البسيط ردّ فعل لصراع أو إحباط ما، أو لضغوط نفسية أو بيئية في مجال العمل أو الأسرة أو المجتمع، وقد يكون استجابةً لتهديد بإيذاء بدني أو معنوي يتعلق باحترام الذات أو كرامة الشخص. كما قد ينجم القلق عن طموح فردي غير واقعي يضع الفرد تحت ضغوط مستمرة لتحقيق إنجازات أكبر من إمكاناته وقدراته العقلية أو البدنية.

يرى فرويد أن القلق العصابي ينجم عن صراع لا شعوري داخل الفرد الذي لا يكون قط واعياً بأسبابه. ويَعد فرويد القلق صراعاً لا شعورياً بين رغبات «الهو» الجنسية والعدوانية من جانب، وبين واقعية «الأنا»، ومثالية الأنا العليا. فالتعبير عن رغبات «الهو» يسبب تهديداً لكيان الفرد لأنها تتعارض مع معايير المجتمع ومُثُل الفرد وأخلاقياته، لذلك يتم كبت رغبات «الهو» بصورة فاعلة، مما يولد حالةً من التوتر وعدم الشعور بالراحة قد تدفع الشخص إلى تجنب مُثير القلق إذا ما أمكن ذلك، أو إلى محاولة تخفيض حدة القلق باستخدام آليات الدفاع النفسية المتعددة، إلا أن هذه الآليات لا تواجه المشكلة مباشرة، بل تسعى إلى تشويه الواقع أو الحقيقة، مثلاً بنكرانهما أو إيجاد المسوغات غير المنطقية لهما. ويحاول بعضهم تخفيض القلق أو التخلص منه بوسائله الخاصة التي تعوّد عليها وقد تكون هذه الوسائل غير متكيفة وقد تعود بأضرار إضافية، كاللجوء إلى المُسكرات والعقاقير الضارة بالعقل.

هذا من وجهة نظر تحليلية نفسية، أما من وجهة نظر فيزيولوجية فإن أعراض القلق تنجم عن زيادة نشاط الجملة العَصَبيَّة المُستقلَّة بشقيها الودي ونظير الودي. فيؤدي تنبيه الودي إلى ارتفاع الضغط الدموي وزيادة ضربات القلب وزيادة السكر في الدم وشحوب الجلد وزيادة التعرق وجفاف الحلق وعمق التنفس وارتجاف الأطراف وغيرها. ومن علامات تنبيه نظير الودي كثرة البيلات والإسهال وانتصاب الأشعار وزيادة الحركات المعوية وغيرها.

إنّ الوطاء hypothalamus هو مركز التعبير عن الانفعالات، وهو المركز الأعلى لتنظيم الجملة العَصَبيّة المُستَقلّة. والوطاء على اتصال دائم بالمخ الحشوي (مركز الإحساس بالانفعال)، وبقشر المخ (لتلقي التعليمات)، وهناك دائرة عصبية مستمرة بين الوطاء والمخ الحشوي والقشر بوساطتها يحس الناس بانفعالاتهم. وتعمل هذه الدائرة بوساطة سيالات كهربائية وكيميائية، والنواقل العصبية المسؤولة هي السيروتونين والنورأدرينالين والدوبامين. وتقول النظريات الحديثة إن خلل توازن هذه النواقل هو سبب ظهور الاضطرابات القلقية؛ لذا فإن عقاقير القلق والاكتئاب تحاول إعادة التوازن بين هذه النواقل العصبية. وتتأكد الآليات البيولوجية للاضطرابات القلقية بتأثير العامل الوراثي، إذ وُجدَ أن نسبة حدوث القلق في كل من التوءمين تبلغ ٥٠٪ في التوائم وحيدة البيضة، في حين لا تزيد على ٤٪ في التوائم ثنائية البيضة.

الأعراض السريرية:

تمتاز هذه المجموعة من الاضطرابات النفسية بسيطرة القلق على الحالة العقلية وبتأثيره في السلوك على نحو عام. فيبدو المريض خائفاً مُتَمَلْمِلاً وغير قادر على الاستقرار في وضعة واحدة، ويشكو من الأعراض النفسية للقلق وهي الشعور بالخوف والهيوجية وصعوبة التركيز والشرود وسرعة النسيان وعدم تحمل الضجيج. ويكون التوتر واضحاً على وضعة جسده، كما يكون جلده شاحباً مع تعرق اليدين والقدمين والإبط. ويرافق ذلك مخاوف كالوجود في ظرف ما (كالوجود في الأماكن المغلقة أو المتسعة)، أو احتمال الإصابة بمرض ما (كأمراض القلب أو السرطان أو الايدز أو الجنون). وقد تكون تلك المخاوف غريبة كالخوف من ابتلاع اللسان، أو من توقف الطعام في الحلق، أو من انفجار شرايين المخ.

يرافق الخوف شعور بالاختناق، وصداع يطوّق الرأس، وشعور المريض بأنه قد تغير عن سابق عهده (تبدّد الشخصية)، وأن العالم قد تغير من حوله (الغُرْبَةُ عن الواقع). ويؤدي القهم (فقد الشهية للطعام) إلى نقص وزن الجسم، ويصبح بدء النوم صعباً (أرق بدئي) وتكثر الكوابيس. يعاني المريض أيضاً التوتر والتهيج فيصير حساساً لأي ضوضاء، فيقفز من مكانه لرنين هاتف، وسريع الاستثارة لأتفه الأسباب، كأن تضرب الأم أولادها وتعاقبهم من دون سبب مقنع، ثم تندم وتبكي، ويثور الزوج على زوجته لأبسط إجابة وتبدأ النزاعات الأسرية. ولا يتحمل الطالب قبل الامتحان ضجيج أخوته ويثور لأتفه الأسباب. وقد يلجأ بعضهم إلى معاقرة الخمور وإلى تعاطي المنومات والمهدئات في محاولة منهم لتخفيف أعراض قلقهم، فيدخلون في الإدمان.

يؤدي التوتر العضلي وفرط فعالية الجملة العَصَبِيّة المُسْتَقِلّة إلى تأثر كل الأجهزة وظهور أعراض هضمية (جفاف الفم، وصعوبة البلع، والانزعاج الشرسوفي، وتطبل البطن، والإسهال)، وأعراض تنفسية (الشعور بضيق الصدر، وصعوبة الشهيق، وتسرع التنفس)، وأعراض قلبية وعائية (الخفقان، والإحساس بضياع بعض ضربات القلب، والشعور بألم فوق منطقة القلب)، وأعراض بولية تناسلية (تواتر البيلات، والعنانة، وانعدام الرغبة الجنسية)، وأعراض عصبية مركزية (طنين الأذنين، وتشوش الرؤية، والدوخة، والصداع). وقد يرافق ذلك انخفاض المزاج (اكتئاب) أو أعراض وسواسية. كما قد تتضاعف الحالة بمتلازمة فرط التهوية التي تنجم عن تسارع التنفس المؤدي إلى انخفاض ضغط غاز ثاني أوكسيد الكربون في الدم الشرياني مسبباً قلاءً تنفسياً، وتتألف أعراض متلازمة فرط التهوية من الزلة التنفسية والخفقان وألم الصدر وحس الاختناق والدوخة والتعرق وتشنج اليد والقدم، والخدر والنمل ولاسيما في الوجه والأطراف.

قد يكون القلق حاداً أو مزمناً. وقد يتظاهر القلق الحاد بشكل «حالة هلع panic state» أو «حالة رعب terror state» (جمود حركي مع رجفان وتعرق بارد غزير، وأحياناً مع توهان واندفاعات حركية مفاجئة)، أو بشكل «متلازمة الإعياء القلقي anxiety exhaustion syndrome» حين يستمر القلق مدة طويلة في أثناء الحروب والبراكين والزلازل والحرائق والكوارث العامة، فيصيب الفرد إجهادٌ جسميٌ وأرق شديد وتبلدٌ ذهني، ويبدو وجهه شاحباً وجامداً ومن دون تعابير انفعالية، وتكون إجاباته مختصرة.

ويتحول القلق الحاد حين استمراره مدة طويلة إلى قلق مزمن يتظاهر بأعراض جسدية وأخرى نفسية. والأعراض الجسدية أكثر أعراض القلق شيوعاً، وتنجم عن تأثير فرط تنبه الجملة العَصَبِيّة المُسْتَقِلّة في مختلف الأجهزة الحشوية. وغالباً ما يكبت المريض شكاواه الانفعالية فتظهر بشكل أعراض عضوية، مما يُخفي الاضطراب القلقي ويوجّه باتجاه استشارة أطباء القلب والصدر وغيرها بحسب الأعراض التي تزعج المريض. وتحدث الأعراض في الجهاز القلبي الدوراني والجهاز الهضمي والجهاز التنفسي والجهاز العصبي والجهاز البولي التناسلي والجهاز العضلي (ر: الجدولين ١و٢). كما قد ترافق القلق المزمن أعراض جلدية مثل العدّ والأكْزِيمَة والشرى وتساقط الشعر، وتفاقم أمراض جلدية مثل الصداف، وتفاقم أمراض الغدد الصم مثل فرط نشاط الدرقية وداء السكري وأمراض الكظر؛ لذلك ليس غريباً تكرر استشارة المرضى المصابين باضطراب قلقي أطباء من مختلف الاختصاصات، وتكرر تعرضهم لمختلف الاستقصاءات والمعالجات الطبية والجراحية، وصعوبة فهم شكاواهم من قبل الآخرين مما قد يعرضهم لمضاعفات اجتماعية مثل الفصل من العمل أو الطلاق.

تصنيف الاضطرابات العصابية:

استعملت قديماً أسماء كثيرة لوصف الاضطرابات العصابية منها «العصاب القلبي»، و«متلازمة الجهد»، و«الوهن العصبي الدوراني». أما أنظمة التصنيف الحديثة فتعتمد على ما إذا كان القلق معمماً أو نوبياً أو نوعياً لمكان أو شيء ما. وفي حين استبدلت بتسمية «الاضطرابات العصابية»

تسمية «الاضطرابات القلقية» في الدليل التشخيصي والإحصائي DSM، فإن تعبير «عصاب» مازال مستخدماً في التصنيف العالمي للأمراض، وتصنِّف الطبعة العاشرة منه (ICD ١٠) الاضطرابات العصابية كما يلي:

١- اضطرابات القلق الرهابي phobic anxiety disorders.

٢- اضطرابات قلقية أخرى

* اضْطِرابُ الهَلَع panic disorder (القلق الانتيابِيّ episodic paroxysmal anxiety).

* اضْطِرابُ القَلَقِ المُعَمم generalized anxiety disorder.

* اضطراب القلق والاكتئاب المختلط mixed anxiety and depressive disorder.

٣- اضطراب الوسواس القهري obsessive-compulsive disorder.

٤- التفاعل للكرب الشديد واضْطِرابات الإحْكام reaction to severe stress and adjustment disorders.

٥- الاضْطِرابات التَفارُقِيَّة أو الانشقاقية (اضْطِرابُ التَّحْوِيْل) dissociative (conversion) disorders:

* النساوة الانشقاقية dissociative amnesia.

* الشُرُود الانشقاقي dissociative fugue.

* الذُهول الانشقاقي dissociative stupor.

* اضطرابات الغَيْبَة والاستحواذ trance and possession disorders.

* الاضطراباتُ الانشقاقية الحركية dissociate motor disorders.

* الاختلاجات الانشقاقية dissociative convulsions.

* الخدر وفقد الحس الانشقاقي dissociate anaesthesia and sensory loss.

* اضطرابات انشقاقية (تحويلية) مختلطة mixed dissociative [conversion] disorders.

* اضطرابات انشقاقية (تحويلية) أخرى.

* متلازمة غانسر Ganser's syndrome.

* اضطراب تعدد الشخصية multiple personality disorder.

* اضطرابات انشقاقية عابرة في الطفولة واليفع.

٦- اضْطِرابات جَسَدِيّة الشَكْل somatoform disorders:

* اضْطِرابُ الجَسْدَنَة somatization disorder.

* الاضطرابات المُراقِيَة (اضطرابات تَوَهُّم المَرَض) hypochondriacal disorders.

* خَلَلٌ وَظِيفِيّ مُسْتَقِلّي جسدي الشكل somatoform autonomic dysfunction.

* في القلب والجهاز القلبي الوعائي.

* في السبيل الهضمي العلوي.

* في السبيل الهضمي السفلي.

* في الجهاز البَولِيّ التَّناسُلِيّ.

* في أعضاء أو أجهزة أخرى.

* اضْطِرابُ الألَم الجَسَدِيُّ الشَكْل المُسْتَديم persistent somatoform pain disorder.

٧- اضطرابات عصابية أخرى:

أ- الوَهَن العَصَبِيّ neurasthenia.

ب- متلازمة تَبَدُّد الشَّخْصِيَّة والغُرْبَة عن الواقِع depersonalization-derealization syndrome.

ونبحث فيما يلي أهم هذه الاضطرابات:

أولاً- اضطرابات القلق الرهابي phobic anxiety disorders:

وتتميز بحدوث القلق حين مواجهة شيء ما أو موقف ما فقط، وتقسم إلى:

- رُهابُ المَيَادين agoraphobia مع اضطراب الهلع أو من دون ذلك.

- رُهابُ المُجْتَمَع social phobia.

- الرُهابات النوعية (المعزولة) specific (isolated) phobias.

١- رُهابُ المَيَادين:

وهو الخوف من الوجود في الأماكن المفتوحة، حيث يكون الالتجاء إلى مكان آمن صعباً، أو حيث لا تتوافر المساعدة في حال الإصابة بنوبة هلع؛ لذلك يفرض المريض على نفسه قيوداً تمنعه من السفر بالسيارة أو الحافلة، أو يشترط أن يكون بصحبة أحد عند الخروج من المنزل. كثيراً ما يحدث رُهابُ المَيَادين عقب الإصابة بنوبة هلع، ولكن هناك حالات من رُهاب المَيَادين لم يسبق فيها الإصابة بنوبة هلع إطلاقاً، وعلى الرغم من ذلك يبقى المريض خائفاً من احتمال إصابته بعرض مرضي ما مثل الدوخة أو السقوط أو انفلات المصرات أو القياء أو ألم الصدر.

يصيب رُهابُ المَيَادين النساء أكثر من الرجال، ويبدأ عادة في العشرينيات أو الثلاثينيات من العمر، وقد يستمر عدة سنوات مؤدياً إلى اضطراب الشخصية (الشخصية الاجتنابية). ويُشخَّص رُهابُ المَيَادين عند توافر الشروط التالية:

أ- هناك خوف واضح يلاحظ دائماً، أو تجنب لحالتين على الأقل مما يلي:

* الحشود.

* الأماكن العامة.

* السفر وحيداً.

* السفر بعيداً عن المسكن.

ب- حدوث اثنين على الأقل من أعراض القلق في الظرف المسبب للخوف، على أن يكون أحدهما من الأعراض رقم ١-٤ في الجدول ١.

ج- انزعاج عاطفي مهم ناجم عن التجنب أو عن أعراض القلق، و يميز الشخص أن ذلك مفرط ولا مسوغ له.

د- أعراض محصورة أو طاغية في الظرف المسبب للخوف أوعند التفكير به.

هـ- على ألا يكون الخوف أو التجنب نتيجة أهلاس أو ضلال أو اضطراب آخر مثل الاضطرابات العضوية أو الفصام أو اضطراب المزاج أو اضطراب الوسواس القهري، و ألا يكون ثانوياً لمعتقدات ثقافية.

ويمكن بعد تشخيص رُهاب المَيادين تحديد ما إذا كان مرافقاً اضطراب الهلع في الظروف الرُهابية المَيادينية أو لا، كما يمكن تحديد شدة رُهاب المَيادين بتحديد عدد نوب الهلع المرافقة أو شدة درجة تجنّب الظروف الرهابية.

٢- رُهابُ المُجتَمَع:

وهو الخوف الدائم من الوجود في موقف يكون فيه الشخص تحت ملاحظة الآخرين، إذ يخشى المريض عندها القيام بفعل مخجل أو مهين. قد يكون هذا الخوف محصوراً بموقف معين كالخطابة أو الأكل مع آخرين أو الكتابة تحت أنظارهم، أو يكون شاملاً للكثير من المواقف الاجتماعية، كالخوف من التفوه بأشياء سخيفة عند مقابلة آخرين، أو من عدم التمكن من الإجابة عن أسئلتهم. يصاب الشخص بالقلق عند مجرد التفكير بمثل هذه المواقف؛ لذلك يفعل كل ما بوسعه لتجنبها. أما إذا كان مجبراً على الوجود في أحد هذه المواقف فإنه يصاب بقلق شديد يسيء إلى أدائه فيعزز لديه التصميم على التجنب في المستقبل. يؤثر هذا السلوك التجنبي عادةً على فعاليات المريض الاجتماعية وعلى أدائه الوظيفي وعلاقاته بالآخرين.

يبدأ رُهابُ المُجتَمَع حوالي قرابة المراهقة، ويبدو أنه يصيب الذكور أكثر من الإناث، ويسير عادةً سيراً مزمناً. وكثيراً ما يلجأ المرضى إلى الكحول أو المهدئات لتخفيف قلقهم، فتضاف مشكلة الإدمان إلى مشاكلهم الأصلية. ويُشَخّص رُهاب المُجتَمَع عند توافر الشروط التالية:

أ- يجب وجود واحد مما يلي:

* خوف ملحوظ من الوجود تحت نظر الآخرين، أو خوف من التصرف بطريقة مخجلة أو محرجة.

أعراض تنبه الجهاز العصبي المستقل	١- خفقان أو اشتداد ضربات القلب أو تسرع القلب ٢- تعرق ٣- ارتعاش أو رجفة ٤- جفاف الفم (غير الناجم عن التجفاف أو الأدوية)
أعراض صدرية وبطنية	٥- صعوبة التنفس ٦- حس غصص ٧- ألم أو انزعاج صدري ٨- غثيان أو عدم راحة بالبطن
أعراض نفسية	٩- حس دوخة أو عدم ثبات أو غشي أو خفة رأس ١٠- تبدد الشخصية أو الغُربَةُ عن الواقع ١١- الخوف من فقد السيطرة، أو الجنون، أو فقد الوعي ١٢- الخوف من الموت
أعراض عامة	١٣- هبات ساخنة أو نافض بارد ١٤- أحاسيس تنميل ووخز

الجدول (١) أعراض القلق

* تجنب ملحوظ من الوجود تحت نظر الآخرين، أو في ظروف يخشى فيها من التصرف بطريقة مخجلة أو محرجة.

تظهر هذه المخاوف في ظروف اجتماعية مثل الأكل أو الخطابة في الأماكن العامة، أو مقابلة مشاهير في أماكن عامة أو الانضمام إلى مجموعة صغيرة مثل حفلة أو اجتماع أو صف المدرسة.

ب- وجود اثنين على الأقل من أعراض القلق الواردة في الجدول١، مع واحد على الأقل مما يلي:

* احمرار الوجه أو الارتعاش.

* خشية القياء.

* زحير أو خشية التبول أو التغوط.

ج- انزعاج عاطفي مهم ناجم عن التجنب أو عن أعراض القلق، و يميز الشخص أن ذلك مفرط ولا مسوغ له.

د- الأعراض محصورة أو طاغية عند الوجود في الظرف المسبب للخوف أو حين التفكير به.

هـ- على ألاّ يكون الخوف أو التجنب نتيجة أهلاس أو ضلالات أو اضطراب آخر، مثل الاضطرابات العضوية أو الفصام أو اضطراب المزاج أو اضطراب الوسواس القهري، وألاّ يكون ثانوياً لمعتقدات ثقافية.

٣- الرُهابات النوعية (المعزولة):

وتتميز بالخوف الدائم من منبه خارجي محدد أو نوعي، مثل بعض الحيوانات (ولاسيما الكلاب والأفاعي والحشرات والفئران)، أو رؤية الدم النازف أو الوجود في مكان مغلق (رُهابُ الأماكِنِ المُغْلَقَة claustrophobia)، أو مرتفع (رُهابُ المُرْتَفَعات acrophobia)، أو من السفر بالطائرة.

يؤدي التعرض للمنبه المعني إلى قلق آني شديد، مع الهلع والتعرق والخفقان وعسر التنفس وبقية أعراض فرط نشاط الجملة الودية (باستثناء رهاب الدم الذي يرافقه عادةً الغشي الناجم عن فرط تنبيه المبهم). ويكفي توقع مثل هذا التعرض لإثارة القلق، لذلك يتجنب المريض كل ما يمكن أن يجعل هذا التوقع حقيقةً، ومع أن المريض يعرف دائماً أن خوفه غير منطقي ومبالغ فيه، فإنه يتابع سلوكه التجنّبي الذي يؤثر تأثيراً سيئاً في نشاطه الاجتماعي وعلاقاته بالآخرين.

تشاهد الرهابات النوعية البسيطة عند النساء عادةً، وتبدأ في أعمار مختلفة. ففي حين يبدأ رهاب الحيوانات في الطفولة يبدأ رهاب الدم في سن المراهقة، وتبدأ رهابات الأماكن المرتفعة أو المغلقة في العقد الرابع من العمر. أما فيما يخص سير المرض، فإن معظم الرهابات التي تبدأ في أثناء الطفولة تزول تلقائياً، في حين تتطلب المعالجة معظم الرهابات التي تبدأ بعد البلوغ.

يوضع تشخيص رهاب نوعي حين توافر الشروط التالية:

أ- يجب توافر واحد مما يلي:

* خوف ملحوظ من شيء أو ظرف غير متضمن في رهاب الميادين أو رهاب المجتمع.

* تجنب ملحوظ لشيء أو لظرف غير متضمن في رهاب الميادين أو رهاب المجتمع.

من أكثر الأشياء والظروف شيوعاً: الحيوانات، والطيور، والحشرات، والمرتفعات، والرعد، والطيران، والأماكن المغلقة، ورؤية الدم أو الجرح، والحقن العضلية، وأطباء الأسنان، والمستشفيات.

ب- توافر أربعة على الأقل من أعراض القلق الواردة في الجدول ١، على أن يكون أحدها من الأعراض رقم ١-٤.

ج- انزعاج عاطفي مهم ناجم عن التجنب أو عن أعراض القلق، ويميز الشخص أن ذلك مفرط ولا مسوغ له.

د- الأعراض محصورة أو طاغية حين الوجود في الظرف المسبب للخوف أو التفكير به.

وبعد وضع التشخيص يقسم التصنيف العالمي للأمراض الرهابات النوعية إلى نموذج الحيوانات (مثلاً حشرات أو كلاب)، ونموذج قوى الطبيعة (الماء، العواصف)، ونموذج الدم والحقن والجروح، ونموذج ظرفي (المصاعد، الأنفاق)، وغيرها.

ثانياً- اضْطِرابُ الهَلَع panic disorder (القلق الانْتِيابِيّ episodic paroxysmal anxiety):

وهو اضطراب شائع يتصف بتكرر نوب من الانزعاج أو الخوف الشديد تبدأ من دون سبب وتستمر دقائق، ونادراً ساعات، وترافقها الأعراض الواردة في الجدول ١.

كثيراً ما يبدأ الهلع عقب تحطم بعض العلاقات الشخصية المهمة. تبدأ النوب عادةً في أواخر العشرينيات من العمر، وتتكرر يومياً أو عدة مرات أسبوعياً. وقد تتوقف النوب بعد أسابيع أو شهور، ولكن يغلب أن يستمر تكررها سنوات عدة تتخللها فترات من الهجوع، وتتطور معظم الحالات بحيث يصاب المريض فيما بعد برهاب الميادين أيضاً (فيصبح التشخيص: اضطراب الهلع مع رهاب الميادين). كما يصبح المريض بين النوب عصبياً ومتوتراً ومشغولاً باحتمال تكرر النوبة، وقد يصاب بالاكتئاب. يصيب الهلع الجنسين بالتساوي، ويصيب الهلع مع رهاب الميادين النساء ضعف إصابته الرجال.

يُشَخَّص اضطراب الهلع حين توافر الشروط التالية:

١- يعاني المصاب نوباً متكررة غير ثابتة الترافق لظرف أو

شيء محدد، وتحدث عادة على نحو تلقائي (أي نوب لا يمكن التنبؤ بحدوثها)، ولا ترافق التعرض لظروف خطرة أو مهددة للحياة.

٢- تتصف نوبة الهلع بما يلي:

أ- نوبة محددة بوضوح من الانزعاج أو الخوف الشديد.

ب- تبدأ فجأة.

ج- تبلغ ذروتها خلال بضع دقائق، وتستمر عدة دقائق على الأقل.

د- وجود ٤ من أعراض القلق الواردة في الجدول ١، واحد منها على الأقل من الأعراض رقم ١-٤.

٣- غير ناجمة عن مرض عضوي جسدي أو عقلي، ولا عن اضطراب عقلي مثل الفصام أو اضطراب المزاج أو اضطراب جسدي الشكل.

ويمكن بعد التشخيص تصنيف اضطراب الهلع إلى شديد (تحدث فيه ٤ نوب على الأقل كل أسبوع مدة أربعة أسابيع)، أو معتدل (تحدث فيه ٤ نوب في أربعة أسابيع). أما من حيث التشخيص التفريقي فيجب التفريق بين الهلع والعديد من الأمراض الجهازية مثل نقص سكر الدم والفيوكروموسيتوما وفرط نشاط الدرقية. كما يجب التفريق بينه وبين متلازمات التسمم أو الامتناع عن الأدوية الفعالة نفسياً ولاسيما الكافئين والأمفيتامينات.

ثالثاً- اضْطِرابُ القَلَقِ المُعَمَّم generalized anxiety disorder:

ويتميز بمخاوف مفرطة أو غير واقعية تجاه بعض ظروف الحياة (مثلاً: الظروف المادية أو الزوجية أو الوظيفية)، ويرافق هذه المخاوف فرط التنبه والهيوجية وصعوبة النوم والتركيز، وأعراض عصبية حركيّة وودية. تتألف الأعراض الحركيّة من الشعور بالارتعاش، وتوتر العضلات المؤلم والتململ وسرعة التعب، وتتألف الأعراض الودية من الخفقان، والتعرق، وجفاف الفم، والدوخة أو خفة الرأس، والغثيان والإسهال، والهبات الباردة أو الساخنة، والبوال وصعوبة البلع.

يرى التحليل النفسي أن القلق المعمم هو ردة فعل لصراع داخلي خفي لا واعٍ، وتبين الدراسات السريرية أن بعض الأشخاص مؤهبون للإصابة بالقلق، كما تبين البحوث الأساسية أن القلق يرافقه فرط فعالية الجملة العصبية المستقلة، واضطراب فعالية مسالك النورأدرينالين في قشرة المخ وفي الجهاز اللمبي. كما قد يكون هناك خلل في مستقبلات GABA التي تحتوي على بروتين مثبطٍ للخلايا له مواضع لارتباط البنزوديازيبينات المهدئة للقلق.

يُعدّ هذا الاضطراب غير شائع، ويبلغ انتشاره في أثناء الحياة نحو ٥٪ من الناس، وهو أكثر شيوعاً عند النساء (٥٥-٦٠٪) منه عند الرجال (٤٠-٤٥٪)، ويبدأ عادةً في العشرينيات أو الثلاثينيات من العمر، وهو من أكثر اضطرابات القلق شيوعاً عند المسنين. قد يستمر سنوات عدة بأعراض مزمنة تزداد وتنقص في نصف المرضى تقريباً، ويصبح بقية المرضى غير عرضيين بمدة عدة سنوات، والمضاعفة الرئيسة للعلاج طويل الأمد هي اعتياد المهدئات.

يُشَخّص اضْطِرابُ القَلَقِ المُعَمم حين توافر الشروط التالية:

١- فترة ٦ أشهر على الأقل من التوتر والهواجس ومشاعر الخوف من مشاكل الحياة اليومية وحوادثها.

٢- مع ٤ من أعراض القلق الواردة في الجدول١ (واحد منها على الأقل من الأعراض رقم ١ إلى ٤)، أو في الجدول ٢.

٣- لا يحقق الاضطراب الشروط التشخيصية لاضطراب

أعراض توتر	١- آلام أو أوجاع أو توتر عضلي ٢- تململ وعدم المقدرة على الاسترخاء ٣- شعور بالتوتر العقلي، أو بعدم القدرة على تحمل، أو على وشك الانفجار ٤- الشعور بكتله في الحلق أو بصعوبة البلع
أعراض غير نوعية	٥- الذهول أو تضخيم الاستجابة لأي مفاجأة تافهة ٦- صعوبة التركيز أو الشعور بفراغ العقل بسبب الهواجس والقلق ٧- هيوجية مستمرة ٨- صعوبة بدء النوم بسبب المخاوف

الجدول (٢) تتمة أعراض القلق

الهلع، ولا لاضطرابات القلق الرهابي، ولا لاضطراب الوسواس القهري، ولا لاضطراب المُراق.

رابعاً- اضطراب الوسواس القهري obsessive-compulsive disorder:

وهو اضطراب تتكرر فيه الوساوس والأفعال القهرية على نحو شديد يسبب للمريض إزعاجاً ملحوظاً، أو يستهلك وقته (البطء الوسواسي)، أو يؤثر في منوال حياته اليومية أو أدائه الوظيفي أو نشاطاته الاجتماعية أو في علاقاته بالآخرين. والوساوس الأكثر شيوعاً هي المتعلقة بالعنف (مثلاً: أن يقتل المريض ابنه)، أو بالتلوث (مثلاً: العدوى المنتقلة بالمصافحة)، أو بالشك (مثلاً: التساؤل المتكرر عما إذا كان المريض قد نفذ فعلاً ما مثل إغلاق باب المنزل، أو قتل أحداً في أثناء قيادة السيارة). أما أكثر الأفعال القهرية شيوعاً فهي غسل اليدين والعد والفحص واللمس، وتؤدي مقاومة تنفيذ الفعل القهري إلى توتر متزايد يزول مؤقتاً فور تنفيذ ذاك الفعل.

التشخيص: يشخص الاضطراب الوسواسي القهري حين توافر الشروط التالية:

١- وساوس أو أفعال قهرية أو كلاهما، تحدث في معظم الأيام مدة أسبوعين على الأقل.

٢- وساوس (أفكار أو تخيلات) أو أفعال قهرية تتصف بكل مما يلي:

* يعرف المريض أنها تنشأ من عقله، وأنها ليست مفروضة عليه من أشخاص أو تأثيرات خارجية.

* متكررة وغير سارة، مع إقرار المريض بأن وسواساً واحداً أو فعلاً قهرياً واحداً على الأقل هو مفرط ولا مسوغ له.

* يحاول المريض المقاومة، ويخفق في مقاومة وسواس أو فعل قهري واحد على الأقل (ولكن قد تضمحل المقاومة في الحالات شديدة الإزمان).

* الخوض في الأفكار الوسواسية، أو تنفيذ الأفعال القهرية ليس بنفسه ممتعاً أو ساراً (يجب تمييز ذلك من التخفيف العابر للقلق والتوتر).

٣- تسبب الوساوس والأفعال القهرية الإزعاج، وتعطل حياة المريض الاجتماعية وأداءه الفردي، ويحدث ذلك عادةً عن طريق إضاعة الوقت.

٤- ليست ناجمة عن مرض عقلي آخر مثل الفصام أو اضطرابات المزاج.

يصيب الاضطراب الوسواسي القهري الجنسين بالتساوي في سن المراهقة أو بداية الكهولة، ولكن قد يشاهد في الأطفال أيضاً. وقد اعتقد سابقاً أنه اضطراب نادر الحدوث يصيب ٠,١-٢,٣ من كل ١٠٠٠ مواطن، ولكن تظهر الدراسات الحديثة أن الأشكال متوسطة الشدة منه ربما كانت شائعة نسبياً. أما السير فهو مزمن مع تموج في شدة الأعراض، وقد تختلط الحالة بالاكتئاب أو بإدمان الكحول والمهدئات.

وهناك الكثير من النظريات النفسية التي تحاول تعليل حدوث الاضطراب الوسواسي القهري، ولكن ما زالت هذه النظريات من دون برهان. أما الدراسات السريرية فتظهر ازدياد تواتر الاضطراب الوسواسي القهري عند أقارب المصابين به، مما يدل على دور الوراثة في إمراض هذا الاضطراب، إضافةً إلى دلائل توحي أن الاضطراب الوسواسي القهري ربما كان نتيجة خلل دماغي عضوي، وأهم هذه الدلائل:

١- ازدياد حدوث الأعراض الوسواسية عقب جائحة التهاب الدماغ الوسني (النوامي) lethargic encephalitis.

٢- كثرة ترافق الأعراض الوسواسية والعرات التي تنجم عادةً عن اضطراب في النوى الدماغية القاعدية.

٣- فعالية الأدوية الحاصرة لاسترداد السيروتونين في علاج الاضطراب الوسواسي القهري.

٤- النتائج الباهرة للجراحة النفسية في علاج الحالات الشديدة والمعندة من الاضطراب الوسواسي القهري.

خامساً- التفاعل للكرب الشديد واضْطِرابات الإِحْكام reaction to severe stress and adjustment disorders:

تضم هذه الزمرة من الاضطرابات النفسية التَّفاعُلُ (الاستجابة) الحادُّ للكَرْب acute stress reaction الذي يحدث فور التعرض لكرب ما، واضْطِرابُ الكَرْبِ التَّالي للرَّضْح post-traumatic stress disorder واضْطِرابات الإِحْكام (التلاؤم) adjustment disorders.

١- يشخص التَّفاعُلُ الحادُّ للكَرْب acute stress reaction حين توافر الشروط التالية:

أ- يجب أن يكون المريض قد تعرض لضغوط استثنائية نفسية أو فيزيائية.

ب- تبدأ الأعراض على الفور عقب التعرض للضغوط (خلال ساعة)، وتشتمل على أربعة على الأقل من أعراض القلق الواردة في الجدول ١ (واحد منها على الأقل من الأعراض رقم ١ إلى ٤)، أو في الجدول ٢، شريطة عدم تحقيق الشروط التشخيصية لاضطراب الهلع، ولا لاضطرابات القلق الرهابي، ولا للاضطراب الوسواسي القهري، ولا للاضطراب المراقي.

ج- يقال إن التفاعل معتدل الشدة إذا لم ترافقه أعراض إضافية، ومتوسط الشدة إذا رافقه عرضان مما يلي:

* الانسحاب من التداخلات الاجتماعية المعتادة.
* تضيق الانتباه.
* توهان ظاهري.
* غضب وعنف كلامي.
* قنوط ويأس.
* فرط حركة غير هادف وغير مسوغ.
* تفاعل حداد مفرط وغير قابل للضبط (بحسب العادات المحلية).

ويعد تفاعل الكرب الحاد شديداً إذا رافقته أربعة من هذه الأعراض السبعة الإضافية، أو الذهول التفارقي.

د- إذا كانت الضغوط عابرةً أو قابلةً للتخفيف يجب أن تبدأ الأعراض بالتلاشي في ٨ ساعات، أما إذا كانت الضغوط مستمرةً فيجب أن تبدأ الأعراض بالتلاشي في ٤٨ ساعة.

هـ- يجب ألا يحدث في سياق أي مرض نفسي آخر، وألا يكون خلال ٣ أشهر من نهاية أي اضطراب سلوكي أو عقلي.

٢- تتطور الأعراض الوصفية لاضْطِراب الكَرْبِ التَّالي للرَّضْح post-traumatic stress disorder عقب التعرض لحدث مسبب لرض نفسي تتجاوز شدته ما هو مألوف في التجارب البشرية الطبيعية، أي إنه خارج مجال التجارب الشائعة، مثل المرض المزمن أو وفاة شخص عزيز أو الخسارة المالية أو الخلافات الزوجية.

تؤثر الكروب المسببة لهذا الاضطراب في معظم البشر أو كلهم مثيرةً فيهم مشاعر عنيفة من الخوف والرعب والعجز، كما في حالات الكوارث الطبيعية، أو الاغتصاب، أو التعذيب، أو التعرض لحادث مهدد لحياة المريض أو أسرته، أو مشاهدة حادثة قتل شخص آخر.

قد يبدأ هذا الاضطراب في أي عمر، إذ تبدأ الأعراض عقب الحادثة الراضة، فيعاني المريض من فرط التنبه واليقظة ويصبح سريع التهيج والغضب، ويضطرب نومه وتركيزه وقدرته على إتمام أعماله، ويرافق ذلك حالة خدر شعوري معمم يبدأ على الفور ويشعر فيه المريض بأنه غريب أو معزول عن الآخرين، ويتجنّب كل ما يذكّر بالحادثة (بما في ذلك الانفعالات والذكريات، مما قد يؤدي إلى نساوة نفسية المنشأ)، وقد يتكرر عيش هذه الحادثة بطرائق مختلفة، منها الذكرى العنيفة والأحلام المزعجة، ونادراً ما تحدث تفاعلات تَفارُقِيَّة أو انشقاقية تستمر دقائق أو ساعات أو أياماً، يتصرف في أثنائها المريض وكأنه يعاني الحادثة الأصلية آنياً.

قد تختلف الصورة السريرية عند الأطفال، فيبدو الطفل مخبولاً أو أبكم، مع أحلام مزعجة تتحول بعد أسابيع إلى كوابيس عنيفة ومهددة للحياة، ويخفّ اهتمام الطفل بهواياته المعتادة، وقد تتبدل نظرته إلى المستقبل، كما قد يشكو من أعراض جسدية مثل الصداع ووجع البطن.

يُشَخّص اضْطِرابُ الكَرْبِ التَّالي للرَّضْح عند توافر الشروط التالية:

أ- يجب أن يكون الشخص قد تعرض لظرف أو حادث مكرب (فترة قصيرة أو مديدة)، له طبيعة كارثية أو خطرة بدرجة استثنائية بحيث تسبب ازعاجاً لأي كان.

ب- تذكر متواصل، أو معايشة الظرف المكرب بشكل ومضات راجعة تفرض نفسها، أو ذكريات حية، أو أحلام معاودة، أو معاناة الكرب عند التعرض لظروف مماثلة لتلك التي سببته أصلاً.

ج- يجب أن يبدي المريض تجنباً فعلياً أو تفضيلياً للظروف المماثلة لتلك التي سببت الكرب، على ألا يكون ذلك موجوداً قبل الكرب.

د- مع أي مما يلي:

(١)- عجز عن تذكر تفاصيل مهمة من فترة التعرض للرضح على نحو تام أو جزئي.

(٢)- أعراض مستورة لفرط التنبه والحساسية النفسية (لم تكن موجودة قبل التعرض للكرب)، تبدو بأي اثنين مما يلي:

* صعوبة بدء النوم أو استمراره.
* هيوجية أو فورات من الغضب.
* صعوبة التركيز.
* فرط الحذر والمراقبة للبيئة.
* استجابة دهشة مضخمة.

هـ- يحدث خلال ٦ أشهر من الحدث المكرب أو من نهاية فترة الرضح.

٣- تُشَخّص اضْطِرابات الإحْكام adjustment disorders عند توافر الشروط التالية:

أ- بدء الأعراض في مدة شهر من التعرض لرض نفسي محدد ليست له طبيعة كارثية أو غير عادية.

ب- أعراض أو اضطراب سلوك من النماذج المشاهدة في أي من اضطرابات المزاج (ما عدا الضلالات والأهلاس)، أو أي من الاضطرابات القلقية أو اضطرابات التَصَرُّف، من دون تحقيق بقية الشروط التشخيصية لأي من هذه

الاضطرابات.

ج- ويصنف اضْطِراب الإحْكام بحسب الأعراض الطاغية إلى:

* تفاعل اكتئابي وجيز.
* تفاعل اكتئابي مديد.
* تفاعل اكتئابي قلقي مختلط.
* اضطراب إِحْكام مع سيطرة اضطراب انفعالات أخرى (مثلاً: سلوك تقهقري مثل مص الإصبع، أو السلس البولي عند الأطفال).
* اضطراب إِحْكام مع سيطرة اضطراب التَصَرُّف (مثلاً: سلوك عدواني أو مضاد للمجتمع)
* اضطراب إِحْكام مع اضطراب مختلط في الانفعالات والتَصَرُّف.

وباستثناء التفاعل الاكتئابي المديد، فإن الأعراض لا تستمر أكثر من ٦ أشهر بعد انتهاء الظرف الضاغط وعواقبه.

معالجة اضطرابات القلق:

تتبع في معالجة الاضطرابات القلقية طرائق نفسية ودوائية [ر. المعالجات في الطب النفسي] يمكن تلخيصها كما يلي:

١- المعالجة النفسية، ولها أشكال عديدة:

أ- المعالجة النفسية الداعمة: وفيها تتم مناقشة الأعراض مع المريض وتوضيح طبيعتها، مع تفهم المريض وطمأنته.

ب - المعالجة السلوكية:

* المعالجة بالاسترخاء (خاصةً لنوب الهلع).
* التدريب على تدبير القلق.
* إزالة التحسس التدريجية (للرهابات).
* الإغراق (للرهابات).
* الممارسة المبرمجة (خاصةً لرهاب الميادين).
* منع الاستجابة (للأفعال القهرية).
* التقليد (للأفعال القهرية).
* إيقاف الأفكار (للوساوس).

ج - المعالجة بالتحليل النفسي.

د- المعالجة المعرفية.

٢- المعالجة الدوائية:

أ- أدوية تؤثر محيطياً في الجملة العصبية الودية: حاصرات بيتا.

ب- أدوية حالة للقلق تؤثر في الجملة العصبية المركزية: وأهمها مشتقات البنزوديازيين، كما أن لبعض مضادات الذهان وبعض مضادات الاكتئاب وبعض مضادات الصرع تأثيراً مضاداً للقلق.

ج- مضادات الاكتئاب الحاصرة لاسترداد السيروتونين النوعية (مثل كلوميبرامين وسيرترالين وفلواكستين وباروكستين).

٣- **الجراحة النفسية:** وتستطب في قليل من حالات الاضطراب الوسواسي القهري الشديدة والمُعنِّدة على طرائق المعالجة الأخرى لسنوات عديدة، والطريقة الجراحية الوحيدة المستخدمة حالياً هي الجراحة الفراغية الموجهة التي تجرى في مراكز متخصصة بالجراحة النفسية، والنتائج الفورية للجراحة باهرة حيث تتحسن الأعراض الوسواسية وتخف المعاناة والتوتر، ويتحسن السلوك على نحو عام.

يفضل تجنب الأدوية حين تكون أعراض القلق خفيفة، وهناك براهين على فعالية طرائق المعالجة السلوكية المذكورة أعلاه. وقد تستخدم المعالجة بالتحليل النفسي لاكتساب البصيرة بالمعاني الرمزية واللاواعية لقلق المريض، ولتعرف الكروب المسببة للقلق، ولتوضيح الآليات الدفاعية ضد القلق وللعثور على أفضل الوسائل للتعامل مع الكرب. أما المعالجة المعرفية فتركِّز على حوادث الكرب وظروفه المثيرة لأفكار تلقائية مسببة للقلق، وعلى الاستبدال بتلك الأفكار التلقائية أفكاراً عقلانية.

ويلجأ أولاً عند استخدام الأدوية إلى حاصرات استرداد السيروتونين النوعية، وقد تدعم بالمهدئات فترة قصيرة أو بمضادات الذهان.

الطب النفسي الجسدي

حسان المالح

يشمل هذا البحث "الاضطرابات العصابية" التالية:

١- الاضْطِرابات التَفارُقِيَّة أو الانشقاقية (اضْطِرابُ التَّحْوِيْل).

٢- الاضْطِرابات جَسَدِيَة الشَكْل.

٣- اضْطِرابُ الأَلَم الجَسَدِيُ الشَكْل المُسْتَديم.

٤- اضطرابات عصابية أخرى: الوَهَن العَصَبي neurasthenia، ومتلازمة تَبَدُّدِ الشَخْصِيَّة، والغُرْبَةُ عن الواقع.

توضح هذه الاضطرابات العلاقة بين الأعراض الجسدية والحالة النفسية، وهي تظهر العلاقة الوطيدة والتكاملية بين الجسد والنفس؛ فالجسد البشري يتأثر بالتكوين النفسي للإنسان وباضطراباته النفسية، كما يؤثر الجسد والتكوين العضوي للجسم في التكوين النفسي على نحو واضح. ولا تقتصر الأعراض الجسدية التي ترتبط بعوامل واضطرابات نفسية على الاضطرابات المذكورة أعلاه، بل هي أوسع من ذلك بكثير؛ لذلك سيعرض في هذا البحث أيضاً الاضطرابات المفتعلة والتمارض، والطب النفسي الجسدي، واضطرابات النوم، واضطرابات الأكل، والطب النفسي الجنسي، والطب النفسي المهني.

تضاف إلى ذلك أعراض جسدية ترافق اضطرابات نفسية محددة ذُكر كل منها في البحث المخصص له، مثل الأعراض الفيزيولوجية للاضطرابات القلقية، ونقص الشهية وفقدان الوزن في الاضطراب الاكتئابي، وغير ذلك.

أولاً- الاضْطِرابات التَفارُقِيَّة أو الانشقاقية (اضْطِرابُ التَّحْوِيْل) dissociative (conversion) disorders:

اضْطِرابات التَّحْوِيْل: هي حالات يشكو فيها المريض من أعراض توحي بالإصابة بمرض عصبي أو طبي عام، ويعتقد أن هذه الشكاوى تحدث بوصفها استجابة لمصاعب في حياة المريض، ويصنف ICD-10 الاضطرابات التحويلية ضمن الاضْطِرابات التَفارُقِيَّة أو الانشقاقية، في حين يصنف DSM-IV اضطراب التحويل بوصفه اضطراباً جسدياً نفسياً.

تعد الاضطرابات التحويلية (أو هستيريا التحويل) من الاضطرابات جسدية الشكل المهمة والشائعة، وهي معروفة منذ القدم، وقد ارتبطت بالهستيريا عبر العصور. وكلمة هستيريا مشتقة من اللغة اليونانية وتعني الرحم؛ إذ كان يعتقد أن الرحم يتجول في جسم المرأة ويغادر موقعه بسبب الامتناع عن الجنس مما يسبب حدوث أعراض جسدية مرضية غريبة. وقد اتسع استعمال هذا المصطلح ليشمل عدداً من الاضطرابات النفسية المختلفة مثل وصف الشخصية الهستيرية وهي الشخصية الاستعراضية التي تحب الظهور ولفت الانتباه، وتتميز بانفعالاتها المبالغة والمتغيرة. كما يشمل هذا المصطلح حالات يشكو فيها المريض أعراضاً جسدية متعددة ومزمنة من دون سبب عضوي، وحالات من الاضطراب الذهاني العابر قصير الأمد وغير ذلك. وقد قل استعمال مصطلح "هستيريا" في اللغة الطبية المعاصرة، وتستعمل بدلاً عنه مصطلحات أخرى أكثر تحديداً ووضوحاً؛ أهمها الاضطراب التحويلي والاضطراب التفارقي، ويحدث كلاهما نتيجة التعرض لكرب يولد صراعاً داخلياً فيتم تخفيف القلق المرافق لذلك الصراع عن طريق تحويله إلى أعراض جسدية في الاضطراب التحويلي، أو عن طريق حدوث نساوة أو شرود في الاضطراب التفارقي.

تشتمل فقرة الاضْطِرابات التَفارُقِيَّة أو الانشقاقية (اضطراب التحويل) في التصنيف العالمي للأمراض على اضطرابات شائعة تتصف بظهور أعراض مرضية أو بفقدان وظائف طبيعية حركية أو حواسية، مثل الخدر أو العمى أو الشلل أو النوب الاختلاجية، من دون أسباب طبية مرضية أو تغيرات فيزيولوجية تفسر وجود الأعراض الجسدية. وتصنف هذه الاضطرابات إلى:

١- النساوة الانشقاقية dissociative amnesia.

٢- الشُرُود الانشقاقي dissociative fugue.

٣- الذُهول الانشقاقي dissociative stupor.

٤- اضطرابات الغَيْبَة والاستحواذ trance and possession disorders.

٥- الاضطرابات الانشقاقية الحركية dissociative motor disorders.

٦- الاختلاجات الانشقاقية dissociative convulsions.

٧- الخدر وفقد الحس الانشقاقي dissociative anesthesia and sensory loss.

٨- اضطرابات انشقاقية (تحويلية) مختلطة.

٩- اضطرابات انشقاقية (تحويلية) أخرى:

أ- متلازمة غانسر Ganser's syndrome.

ب- اضطراب تعدد الشخصية multiple personality disorder.

١٠- اضطرابات انشقاقية عابرة في الطفولة واليفع.

الأعراض الانشقاقية:

تعرف الاضطرابات الانشقاقية وفقاً لمعايير التشخيص الحالية بأنها ظهور عرض أو أعراض مرضية جسدية، أو تغير الوظائف الطبيعية للجهاز العصبي الحركي الإرادي أو الحواس أو فقدها، مما يشير إلى الإصابة بمرض عصبي أو عضلي دماغي، أو مرض طبي عام. وترتبط هذه الأعراض بعوامل نفسية وكروب وصراعات في نشوئها أو اشتدادها. وهي لا تظهر بإرادة المريض وليست مُتَعَمدة، ولا يمكن تفسيرها بوجود مرض عضوي يمكن تشخيصه سريرياً أو بعد إجراء الفحوص اللازمة.

والانشقاق أو التفارق dissociation هو خلل جزئي أو تام في وعي الشخص أو في ذاكرته أو هويته أو إدراكه، وقد يكون استجابة لرضح trauma أو لتعاطي عقار، وقد يكون الهدف منه السماح للعقل بإبعاد نفسه عن تجارب يصعب على النفس التعامل معها في ذلك الوقت، ولأنه يحدث على نحو غير متوقع فإنه يزعزع طرق استجابة الشخص أو أدائه ويصيبه بالذهول: فلمختلف الاضطرابات الانشقاقية علاقة بالكرب وبالرضح. ويشترط لتشخيص اضطراب انشقاقي (أو تحويلي) وجود أعراض لا يمكن عدها دليلاً على مرض جسدي ما (ولكنها قد تزامن الإصابة بمرض جسدي يبدي أعراضاً أخرى)، مع ترافق ظهور الأعراض الانشقاقية لمتطلبات أو حوادث أو مشاكل مكربة. إذ يُثار كل من النساوة الانشقاقية (أو النساوة نفسية المنشأ) والشرود الانشقاقي (أو الشرود نفسي المنشأ) بالكروب الحياتية التي لا تبلغ شدة الرضح.

- **والنساوة الانشقاقية** هي نسيان تام أو جزئي لحوادث أو مشاكل حديثة مازالت تسبب رضحاً أو كرباً، وهي من الشدة بحيث لا يمكن عدها نسياناً عادياً أو تظاهراً مقصوداً.

- **والشرود الانشقاقي** هو ابتعاد غير متوقع عن المنزل وعن المحيط المعتاد للعمل وللنشاطات الاجتماعية، على الرغم من أن السفر يبدو منظماً على نحو طبيعي، مع نساوة تامة أو جزئية للرحلة.

- أما **الذهول الانشقاقي** فهو نقص الكلام والحركات الإرادية والاستجابة الطبيعية للضوء والضجيج واللمس أو غيابها، مع الحفاظ على مقوية عضلية طبيعية ووضعة جامدة وتنفس طبيعي، وأحياناً على حركات عينين متناسقة محدودة.

- **والغيبة** هي تغير عابر في مستوى الوعي يتظاهر إما بفقد حس الهوية الشخصية المعتاد، وإما بتضيق إدراك الوسط المحيط بالشخص والتركيز الانتقائي الضيق على بعض المنبهات البيئية، وإما باقتصار الحركة والكلام على تكرارات محدودة.

- أما **اضطراب الاستحواذ** فهو الاقتناع بأن الشخص خاضع لسيطرة الجن أو السحر أو غيرهما.

- تتظاهر **الاضطرابات الانشقاقية الحركية** (اضطراب التحويل) بأعراض عصبية حركية، مثل الشلل النصفي أو شلل أحد الأطراف أو صعوبة القيام بحركات تقع تحت السيطرة الإرادية بما في ذلك الكلام، أو فقدان التوازن الحركي في المشي، أو صعوبة الوقوف من دون مساعدة.

- أما **الاختلاجات الانشقاقية** فتشبه نوبات الصرع؛ وتتصف بحركات تشنجية مفاجئة وغير متوقعة من دون أن يليها فقد الوعي ومن دون عض اللسان، أو انفلات البول أو إيذاء النفس في أثناء السقوط.

- تكون الأعراض حسية في حالات **الخدر وفقد الحس الانشقاقي**، إذ تفقد على نحو تام أو جزئي الأحاسيس الجلدية الطبيعية في كامل الجسد أو بعض أجزائه، ومن المعتاد فقد حس اللمس والوخز والارتجاج والحرارة والبرودة. كما قد تفقد أحياناً حاسة النظر أو السمع أو الشم فقداً تاماً أو جزئياً.

- **متلازمة غانسر**، هي ظاهرة الأجوبة التقريبية [ر. الفحص والتشخيص في الطب النفسي].

- **اضطراب تعدد الشخصية**: هو تناوب الشخص نفسه بين شخصيتين متباينتين أو أكثر. تكون شخصية واحدة فقط ظاهرةً في أي وقت، ولكل شخصية ذكرياتها وخواصها ونماذج سلوكها الخاصة بها.

هناك عديد من الملاحظات السريرية التي تساعد على تشخيص الحالات الانشقاقية يستطيع الطبيب اكتسابها من خلال الخبرة والممارسة الطبية التي تعرفه بمظاهر الأمراض الجسدية والعصبية وأعراضها والتي تجعله قادراً على التفريق بين الحالات الانشقاقية والحالات العضوية في كثير من الأحيان. فعند فحص المريض المصاب بالشلل الانشقاقي مثلاً، قد يجد الفاحص في أثناء الحوار مع المريض ومن طريقة حديثه ومظاهر التعبير الانفعالي لديه أنه غير مبالٍ، وقد يبتسم ويضحك؛ وهذا ما يعرف باللامبالاة الجميلة la belle indifference، ولكن لا يرافق هذا العَرَض جميع الحالات. وفي حالات الشلل أيضاً يجد الفاحص أن المريض يسحب الطرف المشلول ويجره جراً من

دون حدوث التأرجح الذي يحدث في حالات الشلل الحقيقي، وعند محاولة تحريك العضو المشلول يجد الفاحص أن العضلات المعاكسة للحركة يزداد توترها وشدها كي تمنع الحركة، ولا يحدث هذا أبداً في حالات الشلل الحقيقي، وتكون المنعكسات الوترية طبيعية تماماً في حالات الاضطراب الانشقاقي وكذلك تخطيط العضلات الكهربائي.

ظهور الاضطرابات الانشقاقية وانتشارها وسيرها:

تظهر الاضطرابات الانشقاقية في سن المراهقة والشباب، ولا يظهر الاضطراب للمرة الأولى بعد سن ٣٥ سنة، كما لا يظهر قبل سن الرابعة، ويجب حين ظهوره المتأخر بحث الأسباب العضوية بالتفصيل؛ لأن الأسباب هنا تكون طبية وعضوية في أغلب الحالات. وتكثر الاضطرابات الانشقاقية عند المرأة مقارنةً بالرجل بنسبة خمسة أمثال على الأقل، وهي تحدث في ثلاثة بالألف من الناس وفقاً للإحصائيات الغربية، ومن المؤكد أن نسبة انتشاره في الدول النامية أعلى من ذلك بكثير، وتقدر نسبة الاضطرابات الانشقاقية بـ ٨٪ من مرضى المستشفيات العامة و٢٪ من مرضى العيادات الخارجية النفسية في الدول المتقدمة، وهي أكثر انتشاراً في البلدان النامية والبيئات الريفية والأوساط الثقافية المتدنية، ووفقاً لبعض الإحصائيات في العالم الثالث تشكل الاضطرابات الانشقاقية ١٠٪ من حالات العيادات الخارجية.

تظهر الأعراض الانشقاقية على نحو سريع وفجائي عادةً، وتزول في أيام أو أسابيع، وقد تظهر الأعراض ذاتها ثانية أو تظهر أعراض انشقاقية أخرى فيما بعد. ويحدث النكس بنسبة ٢٥٪ في السنة الأولى، وتصبح بعض الحالات مزمنة وتستمر سنوات عديدة ما لم تُعالج معالجة فعّالة، وبعض هذه الحالات المزمنة قد تشفى فجأة بحدوث أحداث طارئة ذات أهمية خاصة مثل حدوث حريق في المنزل في حالة مريض مشلول، إذ يتمكن من الجري فجأة هرباً من الحريق. وفي الحالات المزمنة تضمر العضلات المشلولة؛ ويسمى هذا "ضمور عدم الاستعمال disuse atrophy".

لبعض الأعراض الانشقاقية إنذار أسوأ من حيث عدم استجابتها للعلاج وإزمانها وتكرارها: مثل الرجفة والاختلاجات الانشقاقية، وتختلف نتائج متابعة هذه الحالات باختلاف مكان تشخيصها. فمتابعة الأعراض الانشقاقية طويلة الأمد في المراكز العصبية تبين أن نسبة كبيرة من المرضى يصابون لاحقاً بأمراض عصبية وعضوية أو بأمراض نفسية أخرى، في حين تظهر دراسات مماثلة في المستشفيات النفسية أن التشخيص لا يتغير في أغلب الحالات، ولا تظهر أي أمراض عصبية أو جسدية أو نفسية أخرى، وقد يعود اختلاف نتائج الدراسات هذا إلى اختلاف عينات المرضى المدروسين، ولكن يبقى ضرورياً الانتباه إلى احتمال وجود أمراض عصبية وجسدية في حالات الاضطرابات الانشقاقية، وضرورة التأكد من نفيها وضرورة متابعة هؤلاء المرضى عموماً.

وتجدر الإشارة إلى أن عدداً من الدراسات الحديثة بَيّنَ نسبة كبيرة تصل إلى ٢٥٪ من حالات شخصت وعولجت على أنها حالات صرع هي حالات اختلاج انشقاقي وليست صرعاً حقيقياً.

أسباب الاضطرابات الانشقاقية:

بينت الدراسات أن الأعراض الانشقاقية تظهر بعد ضغوط نفسية محددة وترتبط بها زمنياً، كما يمكن إحداث هذه الأعراض وإزالتها بالإيحاء؛ مما يدل على أهمية العوامل النفسية والاجتماعية في حدوث الاضطرابات الانشقاقية، وتتناقض الآراء وتتنوع حول أسباب هذه الاضطرابات بين نظريات عصبية وأخرى نفسية أو اجتماعية.

يرى بعضهم أن الاضطرابات الانشقاقية هي نتيجة اعتلال في الجهاز العصبي والدماغ، ويفسر بعضهم الشلل الانشقاقي على أنه نتيجة اضطراب عصبي فيزيولوجي يتعلق بتثبيط الإشارات العصبية الحركية في الجهاز الشبكي مما يؤدي إلى عدم وصول أوامر الحركة إلى الجهاز العضلي، ولكن الدراسات المخبرية والوراثية لم تدعم هذا التفسير.

أما النظريات النفسية فمتنوعة: إذ يشير مصطلح "تحويل" إلى أن المشاعر والانفعالات تتحول إلى أعراض جسدية وفقاً لآليات الدفاع النفسية، ولكن لا تتوافر معرفة كافية حول طبيعة هذا التحول وكيفيته من الناحية الفيزيولوجية، وأكد بعض العلماء أن هذا التحويل إلى الأعراض الجسدية له بعد رمزي، وقد لاحظ فرويد أن المرضى يتحسنون حين يتحدثون عن ذكريات محددة في أثناء التنويم الإيحائي مما جعله يتابع البحث عن هذه الذكريات الخاصة الممنوعة والمكبوتة واستخلاصها من خلال التحليل النفسي مما يسهم في تفريغها من الشحنات العاطفية والانفعالية المرتبطة بها، ويؤدي إلى التبصّر والشفاء، وترتبط هذه الذكريات الخاصة بالرغبات والأفكار والاندفاعات الجنسية المكبوتة، وبما يعرف بالمرحلة الأوديبية والثبات عندها. وقد بينت عدة دراسات حديثة أن هناك ازدياداً في حدوث المشكلات والاضطرابات الجنسية في حالات

الاضطرابات الانشقاقية، وحدوث سوء المعاملة الجنسية في الطفولة في ثلث الحالات.

تؤكد النظريات الأخرى على أهمية المشاعر العدوانية والرغبات الاعتمادية الناجمة عن الحرمان والإحباط في أثناء الطفولة، وأن الصراعات والعقد النفسية المرتبطة بذلك تبقى وقتاً طويلاً في تركيبة الإنسان، وأن بعض الضغوط الخاصة التي يواجهها الشخص تثير مثل هذه الصراعات فتظهر الأعراض الانشقاقية حلاً وسطاً بين التعبير عنها وبين الخوف من التعبير عنها؛ إذ يمكن للأعراض الانشقاقية أن تمثل عقاباً ذاتياً على رغبات الشخص واندفاعاته وانفعالاته السلبية الممنوعة، ويمكن لها أيضاً أن ترضي حاجات الاعتماد على الآخرين بتمثيل دور المريض، وكذلك الهروب والخروج من أزمة ضاغطة ومهددة مع وجود المسوغات النفسية والاجتماعية، وهي حدوث المرض الذي يخفف من المسؤولية ويستخلص العون من الآخرين، ويمكن القول إن تمثيل دور المريض يرافقه كسب أولي أو أساسي يتلخص في إبعاد الصراع النفسي والحاجات النفسية الذاتية والانفعالات المؤلمة بعيداً عن ساحة التفكير والوعي، وأما المكسب الثانوي فهو الحصول على فوائد متعددة مثل انتباه الآخرين ورعايتهم، والتخفف من الأعباء والتبعات، والمحافظة على الزوج والأصدقاء وغير ذلك.

ومن الناحية السلوكية يمكن أن تُعد الأعراض الانشقاقية نوعاً من التكيف المرضي الناجم عن تجربة حياتية مؤلمة ومحبطة، ونتيجة للتفاعل بين شخصية محددة لها قدرات وإمكانات محدودة وبين ظروف اجتماعية وثقافية خاصة؛ إذ يتعلم المريض أن يكسب انتباه الآخرين وعطفهم ودعمهم، ويتجنب عقابهم ونقدهم وعدوانيتهم من خلال الأعراض المرضية الجسدية، لأن تصرفات الأهل والمربين والقيم الاجتماعية العامة تثبت مثل هذه الأنماط السلوكية وتدعمها.

ومن ناحية أخرى يؤكد بعض العلماء أن الأعراض الانشقاقية هي أسلوب تعبيري بدائي، وهي أسلوب رمزي يعتمد على الحركة والشكل بدلاً من التخاطب والتعبير اللفظي الواضح. ويدعم هذه النظرية أن الأعراض الانشقاقية أكثر انتشاراً في الأشخاص والمجتمعات الأقل ثقافة والأقل ذكاءً، وفي الأشخاص المقيدين والمحصورين ضمن قواعد صلبة خاصة.

ومن الناحية العملية تبين الدراسات أن الأعراض الانشقاقية قد تتزامن مع اضطِراب الجَسْدَنَة المزمن. وأن تكون جزءاً منه، وما تزال أسبابه غير واضحة، كما أنها تحدث لمن تعرض لمرض جسدي سابق أو مع من يعيش ويقابل أشخاصاً لديهم مرض جسدي عضوي، وهو ما يسمى تقليد النموذج، وترافق الأعراض الانشقاقية مختلف اضطرابات الشخصية ولاسيما الشخصيات ذات الصفات الهستريائية والاتكالية والمضادة للمجتمع.

يبدو مما سبق أن الأعراض الانشقاقية ترتبط بمزيج من العوامل الشعورية واللاشعورية الفاعلة في كل حالة على حدة؛ ما يستدعي النظر إليها من منظار شامل متعدد الجوانب يساعد على تفهمها والتعامل معها على نحو أفضل.

التشخيص التفريقي: لابد من التفريق بين الاضطرابات الانشقاقية وبين عدد من الأمراض العصبية والاضطرابات العضوية الأخرى مثل مرض غيلان باريه Guillain Barré والوهن العضلي الوخيم myasthenia gravis والتصلب المتعدد multiple sclerosis والذئبة الحمامية الجهازية systemic lupus erythematosus، وقد يحدث التباس في تشخيص هذه الأمراض ولاسيما في مراحلها الأولى المبكرة نظراً لتغير الأعراض وتحسنها التلقائي، ولكن تتوضح صورتها السريرية أكثر مع سير المرض وتقدمه، ويفيد في التشخيص الفحص الجسدي والعصبي الدقيق وإجراء عدد من الفحوص إضافة إلى متابعة الحالة.

ويجب التفريق بين الاضطراب الانشقاقي والصرع بأشكاله المتعددة (الصرع الكبير والصرع الصغير والصرع الجزئي) (الجدول رقم١)، ومرض باركنسون ولاسيما الشكل الشبابي منه والشكل الدوائي الناجم عن استعمال أدوية محددة، والتأثيرات الجانبية الحركية الحادة أو المتأخرة الناجمة عن استعمال مضادات الذهان أو مضادات القياء الحاصرة لمستقبلات الدوبامين.

قد يلتبس تشخيص العرض الانشقاقي "عسر البلع" أو ما يسمى "اللقمة الهستريائية globus hystericus" بتشخيص عدد من اضطرابات الجهاز الهضمي مما يستدعي فحص البلعوم والتنظير الهضمي؛ لنفي وجود اضطرابات عضوية كالأورام وغيرها، وفي حالات آلام الوجه الحادة يجب الانتباه إلى تشخيص ألم العصب مثلث التوائم trigeminal neuralgia. كما يجب التفريق بين الاضطرابات الانشقاقية وغيرها من الاضطرابات جَسَدِيَّة الشَّكْل، والاضطراب المفتعل وغير ذلك من الاضطرابات النفسية الأخرى إذا توافرت الأعراض اللازمة لتشخيصها.

الأعراض	الاختلاج الانشقاقي	النوبة الصرعية
الشخصية	هستريائية، اعتمادية، مضادة للمجتمع، شخصية مضطربة	
الصرخة	متكررة في أثناء النوبة	وحيدة في بداية النوبة
الكلام	قد يكون مترابطاً	كلام متقطع
العض	عض الفم والآخرين	عض اللسان
التبول والتبرز	نادر	شائع
مدة النوبة	طويلة وقد تستمر ساعات	دقائق
بعد النوبة	المريض واعٍ انفعالي، وقد لا يتذكر النوبة	تغيم وعي، آلام، نوم، نساوة لنوبة
فحص العينين	تتجه العينان بإصرار للأعلى	غياب منعكس القرنية (وبابنسكي)
تخطيط الدماغ أثناء النوبة	طبيعي	مرضي
تخطيط بعد النوبة	طبيعي	مرضي
مستوى البرولاكتين بالدم	طبيعي	يرتفع في أثناء النوبة وبعدها
النوبة من دون وجود آخرين	نادرة جداً	شائعة

الجدول (١) التفريق بين الاختلاج الانشقاقي وبين نوبة الصرع

معالجة الاضطرابات الانشقاقية: تحتاج معالجة الاضطرابات الانشقاقية إلى أخذ التفاصيل الدقيقة عن الحالة المرضية وكيفية ظهور الأعراض، وإلى بناء علاقة إيجابية علاجية مع المريض، ولابد من الفحص الجسدي الطبي والعصبي وإجراء الفحوص والاستقصاءات اللازمة، ومن المفيد إتاحة الفرصة للمريض للتعبير عن مشكلاته ومشاعره وصراعاته الحالية.

تبقى المعالجة الأساسية التوجه نحو إزالة الأعراض، وهو يعتمد على الأساليب الإيحائية العامة، ويمكن استعمال عدد من الأدوات والتقنيات لزيادة الإيحاء مثل التنبيه الكهربائي والحقن العضلية والأساليب الدينية كأن يطلب من المريض الذي فقد صوته قراءة الفاتحة أو الاستغفار على نحو متكرر والإصرار على ذلك إلى أن ينطق بالكلام. ويفيد إعطاء أحد المهدئات من زمرة بنزوديازيبين (مثل diazepam أو lorazepam) على شكل حقنة وريدية بطيئة يجري في أثنائها تأكيد زوال الأعراض وشفائها على نحو إيحائي، إضافة إلى فائدتها في إطلاق التعبير الانفعالي عن الذكريات الخاصة والصراعات النفسية والانفعالات المؤلمة، ويستعمل لهذا الغرض أميتال الصوديوم، ونسبة الشفاء وزوال الأعراض تصل إلى أكثر من ٨٥٪ من الحالات. كما يفيد التنويم الإيحائي غير الدوائي (التنويم المغنطيسي hypnotherapy) والعلاج النفسي الداعم قصير الأمد.

ولابد من تقدير حالة المريض والضغوط الحالية التي يُواجهها، والرضوض النفسية والآلام التي يعيشها قبل محاولة علاج الأعراض بالقوة الإيحائية للشفاء منها؛ لأن هذه الأعراض قد تخدم المريض وقد تكون ضرورية مؤقتاً. ومن الممكن تأجيل الأساليب الإيحائية التي تهدف إلى الشفاء الفوري عدة أيام، والاتفاق مع المريض على ضرورة بحث المشكلات الشخصية والنفسية التي يعانيها بأسلوب مفيد وتعاوني ومن ثم مواجهة الأعراض المرضية إيحائياً.

أما مواجهة المريض بأن أعراضه ليست عضوية وأنه سليم تماماً فلا يفيد، بل يزيد من الدفاع والكبت، والأفضل إعطاء تفسيرات مفهومة ومبسطة مثل حدوث تشنج مؤقت في البلعوم والحنجرة واللسان بسبب الإرهاق والتعب العصبي في حالات فقد الصوت، وأن ذلك سيزول حتماً وبسرعة.

ومن الملاحظ أن كثيراً من حالات الاضطراب الانشقاقي في هذه البلاد تجد تفسيراتها في المفاهيم الشعبية عن العين والجن والحسد وغير ذلك، وأن كثيراً من هذه الحالات يتم علاجها من قبل المعالجين الشعبيين بأساليب عديدة وغريبة، وبعض هذه الحالات تتحسن بتأثير الإيحاء وبعضها الآخر لا يستجيب. ومن المفيد تطبيق مبادئ العلاج الطبيعي والتأهيلي بالسرعة الممكنة في حالات الشلل والضعف العضلي والتشنج وغيرها، وعدم استعمال العكاز والكرسي المتحرك في حالات الضعف العضلي والشلل، والبدء الفوري بتحريك الأطراف وتدريبها بالتدريج مما يساعد على تقصير مدة الأعراض ويمنع إزمانها، وتفيد بعض الأساليب السلوكية مثل الاسترخاء العضلي والتنفس العميق والعلاج التنفيري aversion therapy وأساليب الثواب والعقاب.

ويجب الانتباه إلى المكاسب الثانوية التي يجنيها المريض، ومعرفة سلوك الأهل والمحيطين بالمريض وتعديل الأساليب المؤكدة للمرض والداعمة له من قبل المحيط، وإذا كان ذلك صعباً فمن المفيد عزل المريض عن بيئته وإدخاله المستشفى مؤقتاً، ثم تكرار الجهود مع الأهل والمحيط لتعديل تلك الأساليب الخاطئة وإتاحة الفرصة لحل المشكلات ومواجهتها في البيئة المحيطة بالحوارات والجهود الفعالة والأساليب الصحية مما يسهم في منع إزمان الأعراض وفي التخفيف من الانتكاسات. وفي بعض الحالات يحتاج المريض إلى علاج نفسي طويل، وإلى علاج الحالات الاكتئابية المتوسطة والشديدة التي قد ترافق ١٠-٣٠٪ من حالات الاضطراب الانشقاقي.

ويمكن القول على نحو عام إن الاضطرابات الانشقاقية ذات إنذار جيد، وشفاؤها تام إذا كانت حديثة الظهور، وإذا رافقتها ضغوط نفسية وبيئية طارئة، وإذا كان أداء المريض وتكيفه جيداً قبل ظهور الأعراض، وحين غياب الاضطرابات النفسية واضطرابات الشخصية الشديدة.

ثانياً- الاضْطِرابات جَسَدِيَة الشَّكْل somatoform disorders:

تشتمل الاضْطِرابات جَسَدِيَة الشَّكْل على الجَسْدَنَة، والاضطرابات المُراقِيَة (اضطرابات تَوَهُّم المَرَض)، والخَلَل الوَظيفيِ المُسْتَقِلِي جسدي الشكل.

١- الجَسْدَنَة somatization:

هي اضطراب يبدأ قبل سن الثلاثين عاماً، ويتميز بظهور أعراض جسدية متعددة تستمر سنوات وتؤدي إلى تعويق المريض مهنياً أو اجتماعياً أو شخصياً. يصيب اضْطِرابُ الجَسْدَنَة النساء أكثر من الرجال بنسبة ٥-١، وربما وصل معدل انتشاره عند النساء إلى ٢-٣٪، وله أسباب وراثية، كما يرتبط بعوامل نفسية وبتطور الشخصية وظروفها. يشخص الشكل التام من هذا الاضطراب حين يعاني المريض أو المريضة أربعة أعراض ألمية على الأقل، مثل آلام الرأس والبطن والظهر والمفاصل والصدر ومواضع أخرى، إضافةً إلى اثنين من الأعراض الهضمية مثل الغثيان والقياء والإسهال، وأحد الأعراض الجنسية التناسلية مثل عدم انتظام الدورة الشهرية أو قياءات الحمل أو غيرها، مع أحد الأعراض العصبية غير الحقيقية. تظهر كل هذه الأعراض في أثناء سير المرض، والشكل التام من هذا الاضطراب شديد، وهناك شكل مخفف منه أقل شدة، وربما يكون أكثر شيوعاً.

٢- الاضطرابات المُراقِيَّة (اضطرابات تَوَهُّم المَرَض) hypochondriacal disorders:

هي اضطرابات شائعة، وتعني اعتقاد المريض أن لديه مرضاً جسدياً خطراً؛ ولذلك فهو يتفحص جسده باستمرار، ويفسر بعض الأعراض العادية أو الفيزيولوجية على أنها خطرة وتدل على احتمال الإصابة بأحد الأمراض الخطيرة، مثل الأورام الخبيثة أو متلازمة نقص المناعة البشري المكتسب أو غيرها. ولا يقتنع المريض عادةً بطمأنته ولا بنتائج الفحوص المخبرية السليمة إلا على نحو مؤقت؛ إذ يعاوده القلق والتفكير في مرض جسده ويراجع عدداً من الأطباء. وتشخص الإصابة باضطراب مراقي حين وجود اعتقاد راسخ - مدة ستة أشهر على الأقل - إما بما لا يزيد على مرضين (يسمي المريض أحدهما على الأقل)، وإما انشغال مستمر بتشوه جسدي مفترض (اضطراب خلل البنية body dysmorphic disorder). واضطراب خلل البنية يعني قلق المريض المستمر واهتمامه بشكل أعضاء الجسد الظاهرية، مثل شكل الأنف والوجه والأذنين والأعضاء الجنسية، وأن فيها عيباً شكلياً، وهذا القلق والاهتمام مبالغ فيه، ويسيطر على تفكير المريض وعلى حياته، ويراجع هؤلاء المرضى أطباء التجميل والجلدية والأنف والأذن لإصلاح العيوب وإجراء الجراحات من دون ضرورة. يظهر هذا الاضطراب في سن المراهقة وبداية الشباب، وفي سن الضهي عند النساء، ويشاركه

كثيراً الرهاب الاجتماعي وتجنب العلاقات الاجتماعية والاكتئاب، وهو يأخذ شكلاً وسواسياً مسيطراً على تفكير المريض، وقد يبلغ درجة الضلال. ويشترط لتشخيص هذا الاضطراب ألا يكون جزءاً من اضطراب فصامي أو اضطراب مزاجي.

٣- الخَلَل الوَظيفيّ المُستَقِلّيُّ جسدي الشكل somatoform autonomic dysfunction:

هو وجود تغيرات فيزيولوجية في عدد من أعضاء الجسد وأجهزته التي ترتبط تشريحياً بالجهاز العصبي المستقل غير الإرادي، مثل القلب والمعدة والأمعاء والمثانة. ويقسم التصنيف العالمي للأمراض هذا الاضطراب بحسب الشكاوى المرافقة له إلى اضطراب:

أ- في القلب والجهاز القلبي الوعائي.

ب- في السبيل الهضمي العلوي.

ج- في السبيل الهضمي السفلي.

د- في الجهاز البَولِيّ التَّناسُلِيّ.

هـ- في أعضاء أو أجهزة أخرى.

وللعوامل النفسية شأن مهم في إحداث اضطرابات وأعراض جسدية محددة في هذه الأعضاء، مثل تسرع القلب الجيبي sinus tachycardia واضطرابات نظم القلب السليمة الأخرى، وانقباض المعدة، وازدياد حموضتها، والفواق hiccough، والإسهال العصبي، والأسر البولي والبوال، وغير ذلك. يعد بعض الباحثين هذه الاضطرابات اضطرابات مستقلة، في حين تصنف أحياناً ضمن الاضطرابات جسدية الشكل إذا رافقتها أعراض نفسية محددة.

ثالثاً- اضْطِرابُ الأَلَم الجَسَديُّ الشَّكْل المُسْتَديم persistent somatoform pain disorder:

هو اضطراب شائع جداً، يشكو فيه المريض ألماً في موضع محدد من الجسد أو في عدة مواضع، مما يسبب له معاناةً واضحة وتأثيراً في أدائه العملي والاجتماعي. وترتبط الشكاوى الألمية بالعوامل النفسية في منشئها أو في زيادة شدتها أو في استمرارها، وقد يكون الألم حاداً أو مزمناً، كما قد يتزامن مع عوامل نفسية واضحة إضافة إلى عوامل عضوية، وأهم مواضع الألم هي البطن والوجه والحوض والرأس والصدر.

رابعاً- الاضطرابات العصابية الأخرى:

١- يعتمد تشخيص الوَهَن العَصَبِيّ neurasthenia على وجود شكاوى مزعجة ومستمرة إما من الشعور بالإنهاك بعد جهد عقلي بسيط، وإما من الشعور بالتعب والضعف الجسدي بعد جهد جسدي خفيف. ويرافق ذلك الهيوجية وواحد على الأقل من الأعراض التالية: أوجاع عضلية، ودوار وصداع توتري واضطراب النوم وعدم المقدرة على الاسترخاء، مع عدم تراجع هذه الشكاوى بالراحة المعتادة أو بالاسترخاء أو باللهو، وشريطة أن تستمر الشكاوى ستة أشهر على الأقل، وعلى ألا تحدث الشكاوى في سياق اضطرابات أخرى مثل اضطرابات المزاج أو الهلع أو القلق المعمم.

٢- تثار متلازمة تَبَدُّدِ الشَّخْصِيَّة والغُرْبَة عن الواقع depersonalization-derealization syndrome أحياناً بالرضح، ولكنها قد تلي أحياناً الكرب أو تعاطي العقاقير الفعالة نفسياً، أو تحدث من دون كرب محدد. وهي حالة يشعر فيها الفرد أنه منفصل عن ذاته وعن محيطه، فيشعر أنه "خارج نفسه"، أو أن سيطرته على حاله ناقصة، أو أن المحيط غير واقعي، مع الحفاظ على وعيه أن ذلك مجرد مشاعر فقط وليس حقيقياً. وتشخص هذه المتلازمة عند وجود تَبَدُّد الشَّخْصِيَّة أو الغُرْبَةُ عن الواقع [ر. الفحص والتشخيص في الطب النفسي]، ونادراً ما تحدث وحدها، بل يغلب أن تكون جزءاً من اضطراب آخر، ويجب عدم القول إنها التشخيص الرئيس أو الوحيد حينما تحدث في سياق اضطرابات نفسية أخرى، مثل الحالات الوهامية أو التسمم بالكحول أو بالعقاقير أو الفصام أو اضطرابات المزاج أو الاضطرابات القلقية، أو حالات أخرى مثل التعب الشديد أو نقص سكر الدم أو قبل نوبة الصرع أو بعدها مباشرةً.

الخلاصة:

لابد من التشديد على فحص المريض جسدياً وإجراء الفحوص والاستقصاءات الضرورية قبل القول إن الأعراض هي نفسية المنشأ. ويوضح كثير من الأطباء للمريض أنه سليم ولا يوجد لديه مرض عضوي، إلا أن ذلك لا يرضي المريض عادةً لأن الأعراض الجسدية موجودة فعلاً وليست خيالية أو مصطنعة، وهذا ما يجعل المريض غاضباً أو غير متعاون؛ لذلك من الأفضل تقديم الشروح والتفاصيل حول تعريف المرض الجسدي، وتوضيح أن المريض يشكو من التوتر والإجهاد الذي يؤثر في أعضاء الجسد وفي أدائها الطبيعي، وأن هذا الاضطراب هو اضطراب واقعي وهو يحتاج إلى العلاج المناسب.

أما علاج هذه الحالات فإن مضادات الاكتئاب الحديثة تفيد في عدد منها، وتعمل هذه الأدوية بوصفها مضادة للقلق والتوتر، إضافة إلى أنها مضادة للاكتئاب. وكذلك تفيد مضادات الاكتئاب من زمرة حاصرات استرداد السيروتونين

الانتقائية في الاضطرابات المُراقيّة بما فيها اضطراب خلل البنية؛ لأن هذه الحالات مرتبطة بطيف الاضطراب الوسواسي القهري. كما تفيد المهدئات في بعض الحالات الأخرى، وللعلاج النفسي الداعم والمشاورة النفسية والعلاج السلوكي تأثير مفيد في عدد من هذه الاضطرابات، كما يفيد العلاج التأهيلي والإيحائي في الاضطرابات الانشقاقية.

ولابد من الإشارة إلى أن الاضطرابات جَسَديّة الشّكْل وغيرها من الأعراض الجسدية المرتبطة بالعوامل النفسية قد تكون أكثر انتشاراً في البلاد الشرقية وفي المجتمعات النامية مقارنة مع الدول الأكثر تطوراً، وسبب ذلك الاستعمال الشائع للجسد بوصفه لغة تعبيرية عن الإحباطات والآلام والمعاناة وطلب العون. ولعل لغة الشكوى الجسدية هي اللغة الأساسية للتفاهم بين الطبيب والمريض، وبين المريض ومن حوله من الأهل والأصدقاء؛ إذ لا تزال اللغة النفسية والتعبير عن المشاعر وتفصيلها من الأمور غير الشائعة لأنها ترتبط بدرجة الوعي، وبعدد من الممنوعات التربوية والاجتماعية والثقافية، ويوضح هذا صعوبة التعامل مع هذه الحالات في كثير من الأحيان، ويبين أيضاً حجم المعاناة والآثار السيئة الكثيرة الناجمة عن حرمان هؤلاء المرضى من التشخيص المناسب ومن العلاج المناسب، مما يوضح ضرورة زيادة الوعي النفسي في المجتمعات العربية وتعميقه.

الاضطرابات النفسية الأخرى:

أولاً- الاضطرابات المفتعلة factitious disorders والتمارض malingering:

الاضطرابات المفتعلة هي حالات يقوم فيها الشخص على نحو إرادي بإحداث أعراض مرضية تقلد أعراضاً طبية جسدية أو نفسية معروفة، من دون أن تكون الغاية من ذلك جني أي مكسب سوى اتخاذه دور المريض. أما في حالات التمارض (أو ادعاء المرض) فيجني المريض عادةً بعض الفوائد والمكاسب. وقد يصعب التفريق بين هذين الاضطرابين المتميزين بالإثارة والغرابة.

عُرِفَ الاضطراب المفتعل سابقاً باسم متلازمة مونشهاوزن Munchhausen syndrome، وهو اضطراب ليس نادراً، تبدو أعراضه بأشكالٍ غريبة ومثيرة ومحيرة في كثير من الأحيان، إلى أن يتوصل الطبيب أو أحد مساعديه أو أحد المقربين من المريض إلى كشف حالة المريض المفتعلة، وأن المريض نفسه هو من يسبب لنفسه الأعراض المرضية؛ إذ إن الأعراض الغريبة المرضية الجسدية أو النفسية هي أعراض مصطنعة وغير حقيقية أو تلقائية الظهور. ويميز هذا الاضطراب من التمارض (أو إدعاء المرض) بعدم وجود غاية واضحة أو مكسب مادي أو معنوي مباشر عند المريض كما في حالات التمارض، بل إن الهدف الرئيسي من إحداث الأعراض المرضية الجسدية هو تبني موقف المريض "أنا مريض أو أنا مريضة" لأسباب نفسية وتربوية واجتماعية معقدة.

تنتشر الاضطرابات المفتعلة بنسب قريبة بين الذكور والإناث، ويراجع هؤلاء المرضى عدداً كبيراً من الأطباء والمستشفيات. وقد تتظاهر بعض الحالات بأعراض نفسية شديدة، في حين يتظاهر بعضها بأعراض جسدية، أو بمزيج من الأعراض النفسية والأعراض الجسدية، وقد يشترك المريض وقريب له في إحداث الأعراض مثل أمه أو أخته أو غيرهما. ولا يوضع التشخيص الصحيح في كثير من الحالات، بل يصبح عدد منها مزمناً وتتكرر الأعراض المرضية بأشكال أخرى غير التي ظهرت في المرات السابقة، وتشفى بعض الحالات ولا تتكرر بعد اكتشافها وتشخيصها من قبل الأطباء. ومما لاشك فيه أن هذه الحالات مثيرة وعجيبة وصعبة في كثير من الأحيان، ومن المهم في علاجها مواجهة المريض ومصارحته بالتشخيص وبأنه مسؤول عن إحداث الأعراض المرضية. وتشمل المرحلة الثانية من العلاج دراسة ظروف المريض وذكرياته وبيئته والضغوط النفسية التي يتعرض لها، وتقديم العون له كي يتخلى عن الاستمرار في دور المريض بمساعدته على النمو النفسي والنضج الانفعالي والسلوكي وتحمل المسؤوليات الاعتيادية على نحو تدريجي. والعلاج صعب في كثير من الحالات، ويبقى الانتباه لها وتشخيصها على نحو صحيح ضرورياً لما في ذلك من أهمية وفائدة للأطباء والأهل والمريض نفسه.

ثانياً- الطب النفسي الجسدي:

الاضطرابات النفسية الجسدية psychosomatic disorders (التي تسمى في الطبعة العاشرة للتصنيف العالمي للأمراض «العوامل النفسية المؤثرة في حالات عضوية» psychological factors affecting physical conditions) هي مجال خصب لتعرف العلاقة القائمة بين النفس والجسد، وهي علاقة يكتنفها غموض كبير، ولكن الاهتمام يتزايد في هذا الميدان الذي يبحث في عدد من الأمراض الجسدية وعلاقتها بالعوامل النفسية وحجم تأثيرها وكيفيته، مما يوفر في الوقت الحاضر كمية هائلة من المعلومات والتفاصيل التي تتعلق بعدد من الأمراض الجسدية الشائعة التي تشمل: أمراض القلب والأوعية الدموية (ومنها ارتفاع ضغط الدم

وأمراض شرايين القلب وانسدال الدسام التاجي). والأمراض التنفسية (وأهمها الربو والحساسية الصدرية وفرط التهوية)، والأمراض الهضمية (مثل تشنج القولون وتهيجه (القولون العصبي) وداء كرون والتهاب القولون التقرحي والقرحة الهضمية)، والاضطرابات الجلدية (مثل الحكة وفرط التعرق والحساسية)، وأمراض الغدد الصم (مثل الداء السكري وهبوط سكر الدم وفرط نشاط الغدة الدرقية والدريقات أو نقصه)، وغير ذلك من الاضطرابات مثل متلازمة ما قبل الطمث وألم أسفل الظهر وغيرهما.

تختلف الدراسات حول تحديد الأمراض الجسدية التي يمكن للعوامل النفسية أن تؤثر فيها، ويعد بعضهم العديد من الأمراض المناعية ضمن هذا المجال، مثل داء المفاصل الرثواني وداء الصداف الجلدي. وتضمنت الدراسات الحديثة أبحاثاً عديدة حول السرطانات وأثر العوامل النفسية في اضطراب المناعة المؤدي إلى ظهور الأورام الخبيثة، وحول أثر العوامل النفسية في تحسنها واختفائها، ولا تزال الدراسات في بداياتها.

لا يتسع المجال لمناقشة أهمية العوامل النفسية في كل هذه الأمراض الجسدية؛ لذلك سيكتفى فيما يلي بمراجعة أهمية العوامل النفسية في الداء السكري، وفي العقم.

١- ترافق الاكتئاب وفرط سكر الدم واضطرابات استقلابية أخرى:

تتدرج البراهين على ارتباط الاكتئاب بفرط سكر الدم من تقارير حالات وسلسلة حالات إلى دراسات مقطعية فتجارب سريرية معشاة، فقد وصفت عدة تقارير عدم الاستجابة المحيطية للإنسولين وفرط الإنسولين في أفراد يعانون من الاكتئاب، ووجد في أحد التقارير أن المصابين بالاكتئاب غير المصابين بالسكري لديهم انخفاض في الحساسية للإنسولين مقارنة مع أشخاص غير مصابين بالاكتئاب ولا يشكون من داء السكري. وتمت في دراسة أخرى دراسة ٢٠ شخصاً مصاباً بالاكتئاب وغير مصاب بداء السكري أجري لكل منهم اختبار تحمل الغلوكوز المتكرر قبل تناول مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات وبعد تناولها، وكانت النتيجة أن حالات الاكتئاب التي لا تشكو من داء السكري لديها انخفاض في الحساسية للإنسولين مقارنة مع عينة المقارنة المؤلفة من أشخاص غير مصابين بالاكتئاب ولا يشكون من مرض السكري، وأظهر المرضى المصابون بالاكتئاب تحسناً واضحاً في الحساسية للإنسولين بعد علاج الاكتئاب. وفي تحليل بعدي لبحث العلاقة بين الاكتئاب وبين ضعف ضبط سكر الدم وجد أن ٢٥ دراسة نشرت خلال الـ ٢٥ سنة الماضية تدل على أن علاج الاكتئاب في المصابين بالسكري قد يحسن ضبط سكر الدم بما يعادل من ٤١-٥٨٪ من الحالات. ولسوء الحظ لا توجد معلومات كافية حول الأحداث التي تؤدي إلى وجود علاقة بين الاكتئاب وداء السكري وكيف يتم ذلك.

يرافق الاكتئاب اضطراب الهرمونات في المحور الوطائي - النخامي - الكظري، بما في ذلك فرط كورتيزول المصل، مما دفع إلى افتراض أنّ الاكتئاب قد يرتبط بمقاومة الإنسولين نتيجة لفرط الكورتيزول، وقد اعتمد هذا الافتراض على ملاحظة ترافق الاكتئاب لكل من زيادة الهرمونات القشرية في مصل الدم ونقص الحساسية للإنسولين.

والحقيقة أن المعلومات قليلة حول العوامل السلوكية والبيئية المرتبطة بالاكتئاب والتي قد ترتبط باحتمال زيادة السكر مثل الحالة الاجتماعية الاقتصادية ونمط حياة الكسل (أي قلة الحركة، والإفراط بالطعام، والتدخين، وغير ذلك)، وللمعلومات من هذا النوع أهميتها في تقييم مساهمة الاكتئاب نفسه، والعوامل السلوكية المرتبطة به، والعوامل البيئية في حدوث فرط سكر الدم في بعض الحالات أو زيادته. والملاحظة التي توضح أن حالات نفسية شديدة أخرى مثل الفصام ترتبط هي أيضاً بزيادة احتمال الإصابة بداء السكري وبالأمراض القلبية الوعائية المميتة مقارنة مع النسب عند عامة الناس تدل على أهمية العوامل العامة، مثل تغيرات التغذية، ومستوى النشاط البدني، والحالة الاجتماعية الاقتصادية، ومدى توافر الرعاية الصحية.

علاج الاكتئاب قد يؤدي إلى نقص مخاطر السكري ومضاعفاته: يمكن القول اعتماداً على ما سبق إن للاكتئاب تأثيرات سيئة في داء السكري، مثل سوء ضبط سكر الدم وزيادة مضاعفات داء السكري، إضافة إلى زيادة احتمال الإصابة بالسكري عند المصابين بالاكتئاب، ومن المهم تعرف إمكانية تعديل هذه المخاطر المترتبة على الاكتئاب إذا عولج الاكتئاب على نحو ناجح دوائياً أو من دون أدوية. وقد بينت دراسات عديدة فائدة المعالجة السلوكية المعرفية لحالات الاكتئاب؛ ففي تجربة سريرية معشاة أجراها لوستمان Lustman عام ١٩٩٨ تبين أن العلاج بجلسات العلاج المعرفي السلوكي قد يفيد المصابين بالاكتئاب من المصابين بالسكري من النوع الثاني. والحقيقة أن أعراض الاكتئاب، مثل نقص الدافعية ونقص النشاط وفقدان الأمل واضطراب النوم والشهية والأفكار التشاؤمية واليأس وأفكار الانتحار تؤثر

تأثيراً سيئاً في نمط الحياة اليومية الصحي. ويتعاظم تأثيرها في المرضى المصابين بداء السكري؛ لأن داء السكري يتطلب مراقبة المريض لنفسه وترتيب مواعيد أدويته وجرعاتها وتعديل عاداته الطعامية والقيام بالتمرينات البدنية مدة طويلة.

ومن جهة أخرى فإن التغييرات المطلوبة من المريض في نمط حياته قد يكون لها أثر سيئ في حياته الاجتماعية والمالية والمهنية ما قد يجعله مستعداً على نحو خاص للإصابة بالاكتئاب نتيجة لداء السكري. ومن الممكن للأساليب العلاجية النفسية الاجتماعية التي تطبق على نطاق واسع أن تقلل من نسب حدوث الاكتئاب، وأن تشجع الاختيارات الصحية في نمط الحياة؛ مما قد يخفض نسب حدوث مرض السكري من النوع الثاني.

الاكتئاب يزيد من خطر الإصابة بداء الشرايين الاكليلية في الداء السكري: بينت دراسات سكانية استهلالية لأفراد ليس لديهم داء إكليلي أن الإصابة بالاكتئاب تزيد من خطر الإصابة باحتشاء العضلة القلبية ومن خطر الوفاة من أمراض قلبية وعائية، مقارنة مع آخرين لا يشكون من الاكتئاب. وبينت إحدى الدراسات الحديثة أن للاكتئاب دوراً مشابهاً في التطور السريري لأمراض شرايين القلب الإكليلية في المصابين بالسكري، وقد اختيرت السيدات للدراسة بسبب الانتشار الواسع والمسار الشديد للداء الإكليلي عند السيدات المصابات بالسكري، وشملت الدراسة ٧٦ امرأة تم اختيارهن ومتابعتهن منذ العام ١٩٨٢م لدراسة العلاقة بين السكري والاضطرابات النفسية. شُخّصَ الاكتئاب في أثناء المقابلة البدئية في ١٦ مريضة (٢٢,١٪) ولوحظ أن المصابات بالاكتئاب كُنّ أكثر بدانةً. وبعد متابعة كل المريضات مدة عشر سنوات، تبين حدوث داء الشرايين القلبية الإكليلية في ١١ مريضة من العينة العامة (١٤,٥٪)، وكانت الإصابات القلبية الإكليلية أكثر حدوثاً في المريضات المصابات بالاكتئاب. ونتيجة ذلك يمكن القول إن الاكتئاب عامل خطورة لداء القلب الإكليلي من الممكن تعديله، ولاسيما في الحالات المرافقة للسكري. وتتضح أهمية تشخيص الاكتئاب وعلاجه عند هؤلاء المرضى من أن الاكتئاب قابل للعلاج في هؤلاء المرضى الذين يعانون من ارتفاع خطر الأمراض القلبية الإكليلية ومن تزايد معدلات الوفيات.

الاكتئاب مرض مزمن ومحطم، وقد احتل المركز الرابع بين أسباب الإعاقة عالمياً عام ١٩٩٠م، ويتوقع أن يشغل الاكتئاب في العام ٢٠٢٠م المركز الثاني في ترتيب أسباب الإعاقة. وفي الداء السكري ترتفع نسبة الإصابة بالاكتئاب إلى ضعفي نسبتها في الانتشار العام، كما يشخص الاكتئاب بوصفه مرضاً مرافقاً في ٣٠٪ من المصابين بالداء السكري من النمط I أو من النمط II، ويرافق الاكتئابَ المرافق للداء السكري ارتفاعُ معدلات حدوث المضاعفات، مع احتمال إحداثه عجزاً أكبر مقارنةً مع النسب العامة؛ وذلك بمعزل عن تأثير عوامل الخطورة التقليدية.

وعلى الرغم من علاقة الاكتئاب بالإنذار الطبي في حالات الداء القلبي الإكليلي، فإنه قليلاً ما يُشخص، وقليلاً ما يعالج في هذه الحالات؛ فقد بينت إحدى الدراسات مثلاً أن ٢٣٪ فقط من المصابين بالاكتئاب قد عولجوا من أجله.

من المهم استخلاص الآليات التي يسرع فيها الاكتئاب الأساسي ظهور الداء القلبي الإكليلي الذي يعد سبب الموت الرئيس في المصابين بالسكري؛ مما يوضح أهمية الاكتئاب ليس بوصفه عامل خطورة فحسب، بل بوصفه أيضاً هدفاً علاجياً، وعلاج الاكتئاب مهم بذاته لأنه يخفف العجز الناجم عن نقص الكفاءات العقلية والوظيفية الناجمة عن المرض. وأخيراً فإن ربط الاكتئاب مباشرة بالمرض القلبي التاجي سيؤكد أهمية تعرف الاكتئاب وعلاجه، مما سيحسن الإنذار الطبي للمرضى المصابين بالسكري.

الطريق الطويل المتعرج في علاج داء السكري: للعوامل النفسية شأن مهم في التعايش مع الداء السكري في حياة المريض، وفيما يلي العوامل النفسية التي تسهم في فهم صدمة التشخيص وكيف يتعامل الناس مع مرضهم بما في ذلك طرائق تعديل السلوك والدافعية والتداخلات العلاجية، والنتيجة أن الصحة النفسية تؤلف الأساس الذي يُمكِّن من الوصول إلى النتائج العلاجية المرجوة للمصابين بالسكري، ولما كان اضطراب الصحة النفسية عامل خطورة لحدوث المضاعفات المرافقة للسكري فإن التطرق إلى الحالة النفسية يجب أن يصبح ممارسة متوالية في رعاية المصابين بالسكري.

يمثل تشخيص الداء السكري بداية رحلة علاجية طويلة تمر بطريق طويل متعرج فيه مآزق وتحديات كثيرة. ويجب في البداية إعطاء التشخيص بطريقة يمكن للناس أن تتقبلها؛ إذ يصاب بعض الأشخاص بالصدمة، وتراوح ردود فعل بعضهم بين الغضب والقلق والخوف والاكتئاب. والحقيقة أن الأشخاص يبدؤون رحلتهم مع المرض بمعلومات مختلفة وأساليب متنوعة للتعامل معه، لاختلاف مستويات ذكائهم وثقافتهم ووضعهم الاجتماعي، ويؤثر كل ذلك في إنذار المرض ومضاعفاته؛ إذ بينت الدراسات - على الرغم

من التطور الكبير في علاج مرض السكري - أن إنذار المرض لا يزال أسوأ في الأقليات العرقية وعند كبار السن ذوي الثقافة الصحية المتدنية وفي الطبقات الفقيرة.

وتتضمن الرحلة مع المرض التعامل مع الأشخاص الذين يعيشون مع المريض مثل الشريك الزوجي أو الأهل. كتقديم العون والنصح بما يساعد على دعم المريض والتخفيف من الضغوط عليه، ومن المطلوب أن يشارك الطبيب فريقٌ علاجي متعدد الاختصاصات بما فيهم الخبير النفسي، كل يحمل جزءاً من الأعباء.

التعامل الناجح مع داء السكري: يقوم أساس التعامل الناجح مع السكري على فكرة الإحساس بالسيطرة الذاتية عليه. وتنقسم طرائق التعامل مع المرض على نحو أساسي إلى قسمين؛ قسم يعتمد على التجاهل أو الإنكار، ويتمثل بجهود متنوعة لنسيان المرض، مثل عدم أخذ الدواء وتقبل القدر على نحو سلبي والانسحاب الاجتماعي ولوم الآخرين، ويمثل هذا الأسلوب تكيفاً ضعيفاً مع المرض وترافقه درجات عالية من الألم النفسي.في حين يعتمد القسم الآخر على المواجهة بالمشاركة الفعالة في علاج المرض وتعديل نمط الحياة مثل تغيير نوعية الطعام والنشاط البدني وتناول العلاج الدوائي والبحث عن المعلومات الطبية وغير ذلك، ويرافق هذا الأسلوب تكيف ناجح مع المرض، ودرجات أقل من الألم النفسي.

ويبدو أن فهم المريض للدواء على أنه "دواء مفيد" وليس "دواءً ضاراً" له أهمية كبيرة في علاقته بالدواء الموصوف وبالتالي بخطة العلاج، وكذلك فإن اتجاه المريض لأن ينظر إلى مرضه على أنه أقل شدة من غيره أو أنه لن تصيبه مضاعفات المرض مثل الآخرين يؤثر في التزامه بالسلوكيات الصحية الوقائية على المدى الطويل.

الاكتئاب في داء السكري: ينتشر الاكتئاب عند المصابين بالسكري بنسبة ثلاثة أمثال مقارنة بالأشخاص العاديين، ومع ذلك لا يشخص ولا يعالج على نحو كاف، وقد بينت الدراسات أن الاكتئاب يسهم في زيادة مضاعفات السكري لعدم إخبار الطبيب عن الأعراض المرضية للسكري، وعدم الالتزام بالخطة العلاجية، وضعف السيطرة على مستوى السكر بالدم، وزيادة مخاطر تلف أعضاء الجسد المختلفة.

وعلاج الاكتئاب فعال، وله آثار جيدة في المزاج وفي ضبط السكر وفي نوعية الحياة، كما يحسن الإنذار العام للمرض في نسبة كبيرة من المرضى؛ مما يؤكد أهمية الكشف عن الاكتئاب والبحث عنه - ولاسيما في النساء والأشخاص غير المتزوجين والأشخاص الذين تجاوزوا ٦٥ سنة من العمر وحالتهم الصحية العامة سيئة - والبدء بخطة علاج هجومية مع متابعة مناسبة. ولما كانت الأعباء المالية لعلاج السكري ومضاعفاته تزيد بآثار الاكتئاب في السكري سيؤدي علاج الاكتئاب إلى خفض هذه الأعباء المالية.

التدابير الذاتية في علاج داء السكري: من المؤكد أن المريض ليس مستقبلاً سلبياً لما يطرحه الطبيب من تعليمات وآراء، ومن المطلوب مشاركة المريض مشاركة فعالة في العلاج بآرائه وبتنمية الحوار معه حول مختلف تفاصيل العلاج وحول التغييرات المطلوبة. والحقيقة أن الأشخاص الذين يصارعون أنفسهم لتغيير سلوكيات معينة يتعرضون لتقلبات إيجابية وسلبية في جهودهم وفي دافعيتهم، والتغيير ليس سهلاً، وهذا الصراع الداخلي جزء طبيعي منه ولابد من طرحه ومناقشته؛ فمن المفيد تعرف دافعية المريض للتغيير وحماسته لذلك، والسعي إلى تطويرها وتنميتها باستمرار وإعطاء التعليمات والنصائح المناسبة لها.

الخطة العلاجية لداء السكري: بينت الدراسات نجاح الخطة العلاجية السلوكية التي تهدف إلى تعديل نمط المعيشة اليومي من خلال التدابير الذاتية، تضمنت هذه الخطة تسجيل النشاط الجسدي اليومي والسلوك الطعامي للمريض ومعلومات المريض وأفكاره الذاتية حول السكري ومعلوماته عن علاج السكري، ودرجة استعداده ودافعيته للتغيير، كما تضمنت مشاركة المريض في الاتفاق على الأهداف القريبة المحددة التي يجب الوصول إليها، واختيار أساليب فردية معينة لمواجهة العقبات والمتابعة والدعم للوقاية من الانتكاس. وظهرت النتائج الإيجابية في الحفاظ على وزن مقبول وتقليل تناول الطعام الدسم وزيادة مستوى النشاط البدني، ويمكن لهذه الخطة العلاجية الناجحة أن تطبق ضمن مجموعات علاجية، وأن تشمل جلسات تثقيفية جماعية.

٢- العقم والطب النفسي:

حالات العقم هي من المشكلات الطبية الشائعة في جميع المجتمعات، ويحتاج زوج واحد من كل ستة أزواج إلى مراجعة الاختصاصي بالعقم في فترة الزواج؛ إذ تقدر نسبة انتشار العقم بنحو١٠-١٥٪ من الناس، وتتعدد الأسباب العضوية التي تؤدي إلى عدم الإنجاب في المرأة والرجل، ويقل احتمال الإنجاب كلما طالت فترة العقم، وإذا كانت الأسباب غير قابلة للعلاج. وتدل الإحصاءات على أن نحو ٣٠٪ من الحالات يحدث فيها الحمل والإنجاب في السنوات الثلاث الأولى بعد

تشخيص العقم.

مازالت الفرضية التي تقول إن الآلام النفسية والتعب النفسي هي أحد العوامل المسببة للعقم موضوعاً للجدل والنقاش في الأوساط العلمية؛ فقد أوضح بعض الأطباء أن معدلات الحمل تزداد بعد أن يحدث التبني والاستقرار النفسي الناجم عنه، ولكن أبحاثاً أخرى لم تؤكد ذلك، كما بينت دراسات أخرى على حالات فردية أن البحث في العقد النفسية المرتبطة بالأمومة والأسرة في أثناء العلاج النفسي قد أدى إلى الخصوبة والحمل.

البحث عن ذنب قديم: من الملاحظ أن بعض الأزواج والزوجات ينظرون في ماضيهم الشخصي بحثاً عن ذنب أو عمل قد ارتكبوه كي يفسروا حالة العقم عندهم، وقد يرتبط ذلك ببعض الأمور النفسية مثل تأنيب الضمير وعقدة الذنب. كما أن المجتمع وقيمه العامة تنظر إلى فشل الزوجين في إنجاب الأطفال نظرة سلبية، إذ يعد ذلك نوعاً من عدم الكفاءة الشخصية، ويعد العقم نوعاً من الوصمة، وأبسط دليل على تأثير العوامل النفسية في وظيفة الإنجاب هو اضطراب الوظائف الجنسية المتعلقة بالجماع الناجمة عن أسباب نفسية، ولكن هذه الحالات قد لا تتجاوز نسبتها ٥٪ من مجموع المصابين بالعقم.

ومن المعروف أن هناك العديد من الهرمونات والنواقل العصبية تتأثر بالحالة النفسية عند الإنسان، ويمكن لبعض هذه الهرمونات أن يؤثر في مطلقات موجهات الغدد التناسلية gonadotropin- releasing factor في منطقة الوطاء hypothalamus في الدماغ البشري، وتؤثر هذه المطلقات بدورها في الهرمونات التناسلية التي تنظم عمل المبيض.

آلام العقم: لتشخيص العقم وحده وقع نفسي كبير، وهو يسبب آلاماً وعذاباً، ويشبه الوقع النفسي لهذا التشخيص ردود الفعل الناجمة عن موت أحد الأقرباء وغير ذلك من تجارب الفقدان والحداد، تتميز عادة بالشعور بالصدمة والمفاجأة والذهول وإنكار التشخيص وعدم تصديقه، إضافة إلى الانزعاج والغضب والميل إلى الانطواء والوحدة وظهور مشاعر الذنب والحزن، ثم تلي ذلك مرحلة التقبل والتسليم والرضا بالواقع.

ويعد العقم أزمة حياتية معقدة تهدد كيان الإنسان وتسبب ضغطاً انفعالياً شديداً، وتتنوع ردود الفعل النفسية، فتظهر عند بعضهم أعراض القلق والتوتر والاكتئاب والقنوط واليأس والشعور بالإخفاق والفشل، وقد يؤدي في حالات أخرى إلى اضطراب العلاقة الزوجية التي قد تصل نسبتها إلى ٣٧٪ من مراجعي عيادات العقم في الدول الغربية، كما يؤدي إلى تأثيرات سيئة في صورة الإنسان عن نفسه بما فيها هويته الجنسية. وترتبط الأساليب الحديثة في علاج العقم مثل الإلقاح بالزجاج (طفل الأنبوب) بدرجات متفاوتة من التوتر والضغوط النفسية بسبب الفحوص العديدة ومتطلبات العلاج الجراحية وضرورة الانتظار وتكرار المحاولات. وترتبط ردود الفعل النفسية بدرجة التكيف في مرحلة ما قبل إجراء العمليات، إذ تبين أن النساء اللاتي كان تكيفهن ضعيفاً كانت ردودهن النفسية سلبية وشديدة بعد إخفاق المرحلة الأولى من العلاج، وقد اتصفت طريقة تفكيرهن بشدة التعلق بضرورة تحقيق الوظائف الأنثوية ومتطلبات الأنوثة من حيث الإنجاب وغير ذلك.وقد أوضح الأطباء النفسيون أنه يجب التذكر دائماً حين علاج حالات العقم أنه يُعالج الأشخاص الذين لديهم مشكلة العقم ولا يُعالج العقم نفسه.

التوتر النفسي والعقم: يعتقد بعض الأطباء أن التوتر النفسي وما يتعلق به من اضطرابات قد يكونان سبباً في إخفاق المحاولات العلاجية للعقم، وأجريت بعض الدراسات لبيان مدى فعالية تضمين بعض أساليب العلاج النفسي في برامج علاج العقم الطبية والجراحية، وكانت النتائج مشجعة؛ إذ تبين أن معدلات الخصوبة والحمل قد ازدادت. فقد أدى العلاج النفسي الجنسي والأسري الموجه نحو القلق إلى تحسن الحياة الزوجية مما جعل الأزواج أكثر راحة واطمئناناً، كما أدى إلى ازدياد نسبة حدوث الحمل في الأشهر التالية للبرنامج العلاجي. وقد تضمنت الأساليب العلاجية الأخرى أساليب سلوكية، مثل التثقيف الطبي النفسي، والاسترخاء وتمارين التنفس العميق، وحل الصراعات النفسية المرتبطة بالأمور الجنسية والحمل والمشكلات الزوجية أو التخفيف منها، وتصحيح طرائق التفكير الخاطئة باستخدام الأساليب المعرفية وزيادة تقدير الذات والتوافق معها والإيحاء الذاتي، إضافة إلى الغذاء المتوازن والتمارين الرياضية. وتتضمن الموضوعات التي يتطرق إليها العلاج النفسي في مثل هذه الحالات الضغوط والمشاكل الاجتماعية المحيطة، والحزن والاكتئاب، واللوم ومشاعر الذنب، والخوف من الاختبارات والاستقصاءات الطبية والعلاجات المتنوعة، وكذلك مشاعر الغضب والنقص واضطرابات الوظيفة الجنسية. كما تجري مناقشة الأساليب الأخرى التي يمكن بها تحقيق الأبوة والأمومة عن غير طريق الإنجاب كرعاية الأيتام وتربية الأطفال وغير ذلك.

يتبين مما سبق أن شأن العوامل النفسية المتعلقة بمشكلة العقم قد لاقي مزيداً من الاهتمام في الآونة الأخيرة، وقد أوضح «كيفان» في مراجعة شاملة للموضوع أنه لا توجد دراسات دقيقة حول الأساليب النفسية المستعملة ونتائجها، كما أن كثيراً من الدراسات لم تستعمل عينة مقارنة من مرضى لم يتلقوا العلاج النفسي، وأكد ضرورة إجراء مثل هذه الدراسات بشكل دراسات متابعة استباقية، إضافة إلى دراسة الأساليب التكيفية الناجحة التي يمكن أن يتبناها الأزواج للسيطرة على مشاعرهم السلبية الناجمة عن العقم وتجعلهم يتخذون القرارات المناسبة في أمور العلاج وبما يتعلق بعلاقتهم الزوجية والطرائق الأخرى البديلة عن الإنجاب الطبيعي. كما بين ضرورة تفهم المؤسسات الطبية والأجهزة الصحية للمساهمات الممكنة من قبل المختصين النفسيين ومختصي التوجيه والإرشاد النفسي وغيرهم في تفهم حالات العقم والعلاج. وعلى نحو عام يمكن في الوقت الحالي القول إن العوامل النفسية ربما تسهم في نشوء حالات العقم الغامضة التي لا يوجد لها تفسير طبي واضح، وأنه من الأكيد أن أموراً نفسية عديدة تنجم عن تشخيص العقم. ولكن تبقى أسئلة مهمة تحتاج إلى مزيد من الإجابات: هل يؤدي التوتر والضغط النفسي والاضطرابات النفسية الأخرى إلى التأثير في عملية الإباضة نفسها؟ أو في نقل البويضة أو تثبيت الجنين أو إنتاج الحيوانات المنوية؟ ربما يكون ذلك بوساطة الطريق العصبي الهرموني، وإذا كان الأمر كذلك فما هو شأن الأساليب العلاجية النفسية، وأساليب تخفيف التوتر والقلق، وأساليب العلاج الجنسي والأسري في هذا المجال؟

ثالثاً- اضطرابات النوم:

النوم والأحلام من النواحي النفسية:

النوم والأحلام التي تحدث فيه هي من وظائف الدماغ الأساسية، وعلى الرغم من تطور فهم وظائف النوم والأحلام في العقود الماضية بتطور أساليب دراسة الدماغ تشريحياً ووظيفياً وتقنياتها، ما تزال أمور عديدة مرتبطة بالنوم والأحلام مبهمة. ويشكل موضوع النوم والأحلام مادة خصبة وجذابة يستفيد منها الخيال الشعبي وتغذيها أفكار شائعة ونظريات خاطئة وموروثات قديمة بعيدة عن المنطق العلمي. وقد حاول الإنسان منذ القدم أن يطرح تفسيرات لظاهرتي النوم والأحلام، وارتبطت تلك التفسيرات بالقوى الغيبية والسحر والشياطين، وفي عقائد بعض قبائل الأسكيمو أن الروح تترك الجسد في أثناء النوم وتعيش في عالم آخر خاص بها، وأن إيقاظ الحالم من نومه يسبب خطراً كبيراً يهدد بضياع روحه وعدم قدرتها على العودة إلى جسده مرة أخرى، وكذلك فإن بعض القبائل الهندية القديمة التي لديها الاعتقاد نفسه كانت تعاقب بشدة كل من يوقظ نائماً، وكان المصريون القدماء أول من اعتقد أن الأحلام إيحاء مقدس، وكانوا يسمونها الرسل الغامضة إلى النائم للإنذار بالعقاب أو المواساة والتعزية والتبصير. ويذكر هيرودوت أن بلاد الإغريق كانت تحتوي في وقت من الأوقات على نحو ٦٠٠ معبد مخصص للأحلام وتلمس الشفاء عن طريقها.

وفي التراث العربي يعتقد أن الأحلام المرعبة هي بسبب تأثيرات شيطانية شريرة أو ناجمة عن الحسد والسحر، في حين تنجم الأحلام السعيدة عن تأثيرات غيبية صالحة، كما يتبين أيضاً أن عدداً من الأشخاص يعتقدون بتأثير الأحلام في حياتهم الشخصية والعملية والزوجية وهم يحاولون البحث عن تفسير هذه الأحلام ودلالتها، وهم يتخذون قرارات مهمة استناداً إلى هذه التفسيرات.

النوم من النواحي الطبية النفسية:

النوم من النواحي الفيزيولوجية والطبية النفسية ضروري جداً، وهو بمنزلة وقود ضروري للجسم والعقل والنفس، والحرمان منه يؤدي إلى أعراض جسدية ونفسية متنوعة. وتتلخص الوظائف الأساسية للنوم بما يلي:

١- يسهم النوم في ازدياد المناعة وتحسينها، والأشخاص الذين لا ينامون جيداً تضعف مناعتهم، كما يحدث للطلبة في أثناء الامتحانات ما يجعلهم عرضة للإصابة بالإنفلونزا وغيرها، ويبدو أن تأثيرات النوم في جهاز المناعة ترتبط بإفرازات الهرمونات الدماغية التي تحافظ على المناعة.

٢- يسهم النوم في تجديد الطاقة الجسدية والعقلية والنفسية التي تصرف في أثناء الصحو، والأشخاص الذين لا ينامون جيداً يشكون من التعب الجسدي والذهني ومن التوتر النفسي وسوء المزاج.

٣- يسهم النوم في عملية تثبيت المعلومات التي تدخل الدماغ من خلال تنشيط العمليات التي تحول المعلومات في مناطق الذاكرة المختلفة وتثبتها.

٤- يسهم النوم في عمليات حل المشكلات التي يواجهها الإنسان في حياته اليومية؛ إذ يقوم الدماغ بإعادة برمجة المعلومات الداخلة وإعادة تنظيم هذه المعلومات، وهو يقوم بطرد المعلومات غير النافعة ويبقي على المعلومات المهمة المؤثرة، ويعني ذلك أن العقل لا يتوقف عن العمل نهائياً في أثناء النوم بل يقوم بعمليات عقلية انتقائية مفيدة ومتنوعة.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن النوم عند الأطفال يرتبط بالنمو الطبيعي للجسم والعقل من خلال الإفرازات الهرمونية المرتبطة بالنمو، ويؤدي حرمانهم من النوم إلى مشكلات متنوعة في النمو، ويحتاج الأطفال الرضع إلى ساعات نوم طويلة تصل إلى ١٨ أو ٢٠ ساعة يومياً، ثم تقل مع النمو والتقدم في العمر لتصبح نحو ٦ - ٩ ساعات عند البالغين، ثم تقل في مرحلة الشيخوخة إلى ٤-٦ ساعات.

وقد يؤدي عدد من الأمراض الجسدية إلى اضطرابات في النوم، مثل قصور القلب والكلية والكبد وحالات التسمم المختلفة والأمراض الجسدية التي ترافقها الآلام الجسدية، وغير ذلك. كما ترتبط اضطرابات النوم بعدد من الاضطرابات النفسية المحددة، مثل القلق المعمم والاكتئاب والاضطراب الهوسي الاكتئابي والحالات الذهانية الحادة واضطرابات الكرب النفسي والضغوط والصدمات والإدمان بمختلف أنواعه وغيرها. وهناك اضطرابات خاصة بالنوم، مثل الأرق الأولي والثانوي ونوبات النوم المفاجئ ونوبات الرعب الليلي والمشي في أثناء النوم ونوبات انقطاع التنفس والشخير وغير ذلك. ويعد الأرق أكثر مشكلات النوم شيوعاً، وهو يصيب المرأة أكثر من الرجل، في حين يصاب الرجال بالشخير أكثر من النساء، ومن الفروق بين الجنسين أن المرأة على نحو عام تنام أكثر مما ينام الرجل.

ويمر النوم الطبيعي بعدة مراحل وفقاً للدراسات العلمية وتخطيط الدماغ الكهربائي، وهي:

١- **المرحلة الأولى:** وهي مرحلة الدخول إلى النوم، ويتباطأ فيها النشاط العضلي وكذلك حركة العينين، ويقل معدل حركات التنفس ونبضات القلب، ويحدث فيها الإحساس بأن الإنسان يهبط أو يطفو، وفيها موجات ثيتا، وهي أبطأ من موجات بيتا وألفا التي ترتبط بحالة الصحو، وهذه المرحلة قصيرة تستغرق عدة دقائق، ويمكن للإنسان أن يستيقظ منها بسهولة.

٢- **المرحلة الثانية:** وهي مرحلة النوم الخفيف، وفيها تتوقف حركة العينين وتتناقص حرارة الجسد وحركات التنفس ونبضات القلب، كما ينقص التوتر العضلي العام، وفيها تنتشر موجات ثيتا بكميات أكثر مع ظهور اندفاعات سريعة متلاصقة من النشاط الكهربائي تسمى مغازل النوم sleep spindles، وفي هذه المرحلة تساعد هذه الموجات المتلاصقة -وفقاً للدراسات الحديثة- على برمجة المهارات العضلية البسيطة والمعقدة التي تعلمها الإنسان في أثناء النهار.

٣- **المرحلة الثالثة:** وهي مرحلة انتقالية تبدأ فيها موجات دلتا بالظهور، وهي موجات بطيئة وكبيرة، وعندما يزداد ظهور هذه الموجات تصل المرحلة الرابعة.

٤- **المرحلة الرابعة:** وتسمى مرحلة النوم العميق، وفيها يكون الجسد مسترخياً تماماً، وتقل حركات التنفس ونبضات القلب وحرارة الجسد بدرجة واضحة، كما يقل تدفق الدم إلى الدماغ، ويفرز في هذه المرحلة هرمون النمو، ويبدو أن مرحلة النوم العميق هذه هي مرحلة الحفاظ على الجسد وصيانته وإعادة ترميمه، ومرحلة تقوية ما تعلمه الإنسان في الذاكرة وتثبيته، ويصعب إيقاظ النائم في هذه المرحلة، وإذا حدث الاستيقاظ فيها فقد يحدث للإنسان نوع من التخليط الذهني أو صعوبة التوجه في المكان والزمان على نحو مؤقت.

٥- **مرحلة حركة العينين السريعة:** وهي تتظاهر بحركة سريعة للعينين على نحو أفقي جانبي وإلى المركز ثانية، ويمكن أن يلاحظ ذلك من وراء الأجفان أو بعد فتحها، وهي تحدث بعد مرحلة النوم العميق، وفيها ينشط الدماغ بوضوح ويرافقها ازدياد حركات التنفس ونبضات القلب وعدم انتظامها، وازدياد تدفق الدم إلى الأعضاء الجنسية، وقد يحدث الانتصاب عند الذكور، ولكن التوتر العضلي العام ينخفض كثيراً ما يجعل الأطراف مسترخية تماماً وشبه مشلولة، وتكون موجات الدماغ الكهربائية سريعة وصغيرة تشبه موجات الدماغ في حالة الصحو. وترتبط هذه المرحلة بحدوث الأحلام على نحو وثيق، وتدل بعض الدراسات على أن الحرمان من هذه المرحلة قد يؤدي إلى ضعف الانتباه في حالة الصحو وإلى نسيان معلومات مهمة تعلمها الإنسان في أثناء النهار، ولم تؤكد دراسات أخرى ذلك، ولكن البحث لا يزال جارياً لمعرفة طبيعة العلاقة بين مرحلة حركة العينين السريعة وبين وظائف الذاكرة المتنوعة.

تتكرر مراحل النوم بدورات مدة كل منها نحو ٩٠ دقيقة، وتستمر مرحلة الأحلام نحو ١٥-٢٠ دقيقة في كل دورة أي إن النائم يقضي ٢٠٪ من نومه وهو يحلم، ويتميز الأطفال بأنهم يقضون وقتاً أطول من البالغين في مرحلة الأحلام. وهكذا يحلم كل الناس يومياً، ولكنهم لا يتذكرون إلا جزءاً قليلاً من أحلامهم، وبعض الأشخاص يظنون أنهم لا يحلمون أبداً، ولكنهم يحلمون ولكنهم لا يتذكرون، حتى الأعمى يحلم أيضاً وليس الحلم صوراً بصرية فقط بل هو نشاط عقلي تخيلي يتضمن الصور والصوت والانفعال والخيال، والنائم يرى بعقله لا بعينيه، وكثير من الأحلام تظهر باللون الأبيض

والأسود وبعضها ملون، وقد تدور حوارات أو تلفظ كلمات بلغة أجنبية في الحلم. ومن الأحلام ما يعرف باسم الكابوس nightmare وهو من الأحلام المزعجة ويدل على القلق، وإذا كان متكرراً فإنه يتطلب العلاج المناسب.

لا يحتاج الأرق إلى العلاج إذا كان عارضاً أو مؤقتاً، وقد يكفي اتباع بعض النصائح العامة للتغلب عليه (الجدول رقم٢)، أما حين يتطلب الأمر العلاج فإن بعض العلاجات المهدئة مفيدة جداً إذا استعملت مدداً قصيرة، كما يمكن استعمال الأدوية الحديثة التي تعالج القلق والاكتئاب لعلاج الأرق. ولابد من بحث أسباب الأرق بالتفصيل؛ لأن أموراً عديدة يمكن أن تسببه، وأكثرها شيوعاً تناول المنبهات التي تحتوي الكافيين مثل القهوة والشاي الأحمر والشاي الأخضر وشراب المته والكولا والشوكولا وغيرها، وعدم تنظيم أوقات النوم والسهر ليلاً، وكذلك التوتر النفسي والضغوط المهنية والأسرية والآلام العضلية، ومن المعروف أن آلام الحب ومشكلاته تؤدي إلى الأرق وتمتلئ الأغاني العاطفية بشكوى عدم النوم تفكيراً بالمحبوب.

ولابد من تنظيم النوم الذي يعيد للجسم انتظام دورته البيولوجية، وساعة الاستيقاظ هي الأهم في تنظيم النوم، أي يجب الاستيقاظ في ساعة محددة صباحاً مما يساعد على الدخول في النوم من دون أرق في الليالي القادمة، ووفقاً لأسباب الأرق يكون العلاج المناسب، وفي الحالات النفسية المختلفة التي تتظاهر باضطرابات النوم لابد من فحص طبي نفسي كامل لتقدير الحالة والبدء بالعلاج.

تفسير الأحلام:

هناك عدة نظريات علمية لتفسير الأحلام، منها:

١- **النظرية التحليلية النفسية:** التي طرحها فرويد الذي قال إن «الأحلام هي الطريق الملكي إلى اللاشعور»، وهو يعني أن البحث في الأحلام وفي تفسيرها يعطي معلومات مهمة عن مكونات اللاشعور لدى الفرد وعن الموضوعات المكبوتة والصراعات النفسية التي يعيشها، وقد عدَّ الأحلام تعبيرات عن المكونات الداخلية، وهي تظهر بسبب غياب الرقيب الواعي الذي يعمل عادة في حال الصحو، وعند النوم تظهر المكونات الداخلية على نحو صريح أو ملتو أو رمزي. وهناك محتوى ظاهر للحلم، كما أن هناك محتوى باطناً وغامضاً، وذلك بسبب عمليات التكثيف والإزاحة وغيرها من العمليات النفسية الدفاعية وكل ذلك مسؤول عن ظهور الأحلام بشكلها الغريب أو الغامض أو غير المترابط، وهي ترتبط بتحقيق الرغبات والذكريات المكبوتة، وأن الأحلام وفقاً لذلك هي صمام أمان يعبر به عن الصراعات الداخلية والمخاوف والرغبات المتنوعة الجنسية والعدوانية وغيرها في أثناء النوم. وطبعاً فإن التحليل النفسي يعتمد في تقنياته

١- ضرورة الانتباه إلى تنظيم أوقات النوم كي يستعيد المريض دورة نومه الطبيعية، وذلك بتحديد وقت محدد للاستيقاظ صباحاً، وهو الأساس في إعادة تنظيم النوم وليس ساعة الدخول في النوم. ٢-الانتباه إلى فترات النوم في أثناء النهار وتقليلها؛ لأنها قد تؤدي إلى الأرق، وتحديد وقت الدخول في النوم تقريباً. ٣- استبدال جميع العقبات والمؤثرات التي تقف في وجه النوم المريح وتعديلها، مثل: غرفة النوم الهادئة والسرير المريح والأغطية الملائمة والحرارة المناسبة وثياب النوم المريحة والوسادة المناسبة غير المرتفعة. ٤- تجنب العشاء المتأخر أو الثقيل، لأن المعدة الممتلئة تسبب الأرق. ٥- تجنب الأنف المسدود بتنظيفه تنظيفاً كافياً. ٦- الابتعاد عن التدخين وعن تناول المنبهات مساء، مثل القهوة والشاي العادي أو الأخضر والمتّة والكولا والشوكولا، وكل ما سبق يحتوي على مادة الكافيين المنبهة التي تسبب الأرق. ٧- يمكن تناول عصير الفاكهة أو كأس من الحليب الدافئ أو قليلٍ من العنب، وقد يفيد قليل من العسل مع نصف ليمونة معصورة، والجبنة البيضاء والخبز والرز والبطاطس والبيض واللبن والموز والخس والملفوف، وتناول كأس من مشروب اليانسون الساخن وغيره من الأعشاب المهدئة. ٨- الحمام الدافئ والتدليك. ٩- قراءة كتاب ممل. ١٠- تمارين الاسترخاء المتنوعة والإيحاء الذاتي بالنوم. ١١- العلاج الدوائي المؤقت، مثل مركبات بنزوديازبين أو مضادات الاكتئاب المتنوعة.
الجدول (٢) ملاحظات عامة مفيدة للتعامل مع حالات الأرق الشائعة

العلاجية على التداعي الحر للأفكار أو على الحوار المباشر في الأساليب التحليلية الحديثة، ومن خلال الجلسات العلاجية يتم تحليل مختلف التعبيرات الكلامية التي تصدر عن الشخص، ويجري أيضاً تحليل بعض الأحلام كي يصل المريض إلى فهم أفضل لما يدور في داخله.

٢- نظرية التعامل مع المشكلات: وفيها أن الأحلام هي استمرار للتعامل العقلي الواعي مع المشكلات في الحياة اليومية في أثناء النوم، وأن الأحلام تدور حول موضوعات وقضايا وأمور لها أهميتها الخاصة، وهي تمثل التجارب الحياتية التي تتطلب التعامل معها وتتطلب حلولاً وتعليقات ومراجعات بهدف هضمها واستيعابها وإيجاد الأطر المناسبة لفهمها، ومن ثم القيام بالتصرف المناسب تجاهها. وقد أوضحت التجارب وخبرات عدد من الأشخاص والمبدعين في مختلف المجالات أن مشكلات محددة قد عولجت في أثناء النوم والأحلام وتم عند الاستيقاظ إيجاد الحل المناسب لها.

٣- نظرية الذاكرة: وهي تؤكد أن الأحلام يتم في أثنائها تثبيت المعلومات المفيدة والضرورية والتخلص من المعلومات غير المفيدة، وهي تعد الأحلام وظيفة من وظائف الذاكرة، وهذه النظرية حديثة نسبياً، وهناك دراسات متنوعة حولها ولا يزال البحث جارياً فيها.

٤- نظرية وقاية النوم: وهي تعد الأحلام نوعاً من الوقاية للنوم، وأن ظهورها يهدف إلى استمرار النوم، وأن بعض المثيرات الخارجية التي يتعرض لها النائم قد تثير حلماً معيناً كأن يسمع ساعة المنبه ولكن هذا المثير الخارجي يتحول إلى منبه مقبول ضمن نسيج الحلم مما يؤدي إلى استمرار النائم في نومه من دون أن يستيقظ، وكذلك الأمر في حال انزياح غطاء السرير عن النائم وانكشاف ساقه مثلاً مما يجعله يشعر بالبرد وربما يستيقظ نتيجة لذلك، وهنا يأتي الحلم والشعور بالبرد ضمن نسيج الحلم فيستغرق النائم في تفاصيل عن رحلة باردة وأحداث متنوعة كي يبقى نائماً ولا يستيقظ. وكذلك فإن بعض المثيرات الداخلية الجسدية قد تثير حلماً معيناً مثل تناول وجبة ثقيلة، أو ارتفاع الحرارة بسبب مرضي، أو امتلاء المثانة وغير ذلك. وهذه النظرية منطقية وتفسر بعضاً من الأحلام، وقد عدها فرويد جزءاً من نظريته حول الأحلام، وأوضح أن المحتوى الظاهري للحلم الذي يكون رد فعل يهدف إلى استمرار النوم يكشف في الوقت نفسه عن معانٍ عميقة تتطلب التفسير والتحليل من خلال المحتوى الكامن للحلم نفسه.

٥- نظرية التهديد وإثارته في الأحلام: وترى أن الحلم يساعد على التعامل مع الأمور المقلقة المهددة للشخص، فالأحداث المقلقة والتهديدات التي يتعرض لها الشخص يجري التعامل معها من خلال أحداث الحلم وتفاصيله التي تهدف إلى التخفيف من القلق والسيطرة على التهديد والتعامل معه على نحو أفضل ضمن عمليات عقلية متنوعة، ولكن هذه النظرية لا تفسر أنواع الأحلام الأخرى التي لا تتضمن القلق والتهديد.

٦- نظرية النشاط العشوائي للدماغ: وهي تعد الأحلام نشاطاً عشوائياً غير منضبط يؤدي إلى تفريغ شحنات انفعالية وكهربائية عصبية تهدف إلى إعادة التوازن العصبي الكهربائي للدماغ وأنه ليس للحلم معنى محدد أو منطقي أو رمزي، ولا يوجد لذلك أي جدوى من محاولة فهم الحلم وفك رموزه.

ويمكن القول إنه لا يوجد اتفاق واضح في الأوساط العلمية حول تفسير الأحلام، وبعض النظريات أكثر قبولاً من بعض، ولا يزال البحث مستمراً حول ذلك.

أمثلة عملية من تفسيرات الأحلام:

- يحلم الولد النائم أنه عاد للمنزل ولم يجد فيه أحداً من أهله. هذا الحلم مقلق ومزعج، وقد يؤدي إلى الاستيقاظ، وقد يكون مفهوماً من خلال أحداث اليوم السابق للحلم إذ سافر الأب في رحلة قصيرة، والمعنى الظاهري اعتيادي ويدل على درجة من القلق بسبب سفر الأب، وأما المعنى الكامن والرمزي فهو يدل على الخوف من الإهمال وعدم الرعاية الذي تعرض له في طفولته ولا يزال يحمله في أعماقه.

- يحلم الطالب أنه تأخر عن الامتحان أو أنه لم يجد مكانه في قاعة الامتحان أو أن قلمه قد ضاع. وهذه الأحلام شائعة وتدل على قلق الامتحان، وهو مفهوم ظاهرياً، ويمكن أن تدل بعض تفاصيل الحلم على مضمونات أعمق لها بعد رمزي، مثل القلم الضائع أو الذي يتوقف عن الكتابة وارتباط ذلك برمز جنسي ذكوري يظهر قلق إثبات الذات من الناحية الجنسية مثلاً.

وعند تفسير الأحلام لا ينصح بتقديم التفسير للشخص على أنه حقيقة أكيدة بل يطرح ذلك على أنه احتمال، ويشجع الشخص نفسه على إيجاد العلاقات بين مكونات الحلم وأفكاره الخاصة التي تتوارد إليه، مما يساعده على الوصول إلى فهم ذاته وصراعاته المتنوعة. وكل ذلك يجري ضمن علاقة علاجية آمنة، وفيها حوارات عديدة ومحاولات للتبصر والفهم وهي مشتركة بين المريض والمعالج وقابلة للتعديل والتغيير وفقاً للمعلومات المتوافرة عن الشخص وعن سيرته

الذاتية. ويختلف ما سبق عما هو شائع عن تفسير الأحلام عند العامة، إذ يبحث الناس عادة عن تفسير حلم معين على طريقة البصارة أو قارئة الفنجان. ويسألون عن معنى حلم محدد، وهذا بعيد عن الفهم العلمي للأحلام وتفسيراتها. وهناك عدد من الكتب التي تصنف مدلولات عناصر من الحلم ومعانيها، مثل أن ترى في الحلم ذهباً أو امرأة جميلة أو قبيحة، أو أن يحدث موت في الحلم أو حوار مع شخص متوفى. ومن الشائع تفسير مكونات الحلم بعكس معناها الظاهري، فالموت هو حياة، والسفر هو وصول من كان مسافراً أو غائباً، وهناك أمور غريبة وعجيبة في هذا الميدان. والنظرة العامية تؤكد قدرة الحلم التنبؤية للمستقبل؛ إذ يتوجس بعضهم شراً من حلم مزعج رآه وهو يعتقد بأن الحلم سوف يتحقق وأن مصيبة ستحدث وهذا بعيد عن النظرة العلمية. وبعض الأشخاص الذين يتعاملون مع الأحلام بوصفهم مفسرين يوحون إلى من يسألهم عن التفسير إيحاءات قد تكون سيئة وخطرة في ميدان العمل أو الزواج أو غيره من القرارات المهمة، كأن يقول المفسر للسائل إن هذه الفتاة غير صالحة للزواج أو أن طلاقها ضروري بسبب حلم معين، وكل ذلك ضرره واضح وفيه جهل وتجهيل، وبعض المفسرين يستقرئ من الحلم ما هو إيجابي ومطمئن للسائل وما يرضي ذاته ونرجسيته، وهذا مفيد عموماً.

خلاصة:

النوم ضروري جداً للصحة الجسدية والنفسية وكذلك الأحلام، ولابد من الابتعاد عن التفسيرات المؤذية للأحلام أو التفسيرات التنبؤية. والحلم هو نشاط طبيعي للدماغ يسهم في التخلص من توترات الحياة اليومية، ويسهم في التنفيس عن رغبات الناس ومكبوتاتهم، أما الرؤيا فهي موضوع مختلف عن الأحلام الاعتيادية، وهي ترتبط بالغيب وتمنح لأشخاص معينين ومحدودين.

ولا يفيد السعي إلى فهم الأحلام الشخصية إلا للمثقفين نفسياً أو لمساعدة الاختصاصيين أو ضمن إطار علاجي. والحلم المزعج أو السيئ أو الغامض يجب تجاهله ونسيانه وإهماله بدلاً من التشديد عليه واستخلاص نتائج وقرارات متسرعة بسببه، وهو ما يفعله القلقون والمكتئبون والمرضى، وبعضهم يتعامل مع الأحلام كنوع من التسلية الذكية أو الهزل الذي يمكن أن ينقلب إلى جد وخوف، كما أن بعض الشخصيات الوسواسية أو الحديّة borderline أو الزورية paranoid أو الشخصيات شبه الفصامية تتعلق بظاهرة الأحلام وتهتم بها كثيراً، وقد يؤثر ذلك في هذه الشخصيات تأثيراً مرضياً. وأخيراً لابد من الحلم ولابد من السعي إلى تحقيق الأحلام الجميلة، يقول المثل: «إذا أردت أن تحقق أحلامك، فعليك أن تستيقظ أولاً».

الكلام في أثناء النوم:

لا يعد الكلام في أثناء النوم ظاهرة مرضية، وهو يدل على نوع من القلق تجاه موضوع معين يحمله النائم معه من أحداث النهار أو أحداث قديمة أخرى، ويتم التعبير الكلامي في النوم من خلال الأحلام وما يجري فيها، ويكون الكلام عادة غامضاً ومتقطعاً وغير مفهوم، وقد يكون صرخةً أو تأوهاً أو تكرار كلمة محددة، ويكون الكلام في بعض الأحيان واضحاً وجميلاً متعدد الكلمات.

ومما لاشك فيه أن كلام النائم موضوع مثير للاهتمام؛ إذ يعتقد كثير من الناس أن الأسرار الشخصية تظهر في أثناء النوم وهو غير صحيح، والمعلومات التي تجنى من كلام النائم هي جزء من تركيبة الحلم الذي يحلم به ولا يعطي أحداثاً واقعية بل هو تركيب وتكثيف لكثير من الانفعالات والرغبات على نحو رمزي مُقنَّع. أما الأحلام التي تظهر أحداثاً واقعية فتحدث في حالات الصدمات النفسية الشديدة كوقوع حادث مؤلم مروع أو أحداث في أثناء الحرب وغيرها من الكوارث، وقد يستعيد النائم في هذه الحالات هذه الأحداث على نحو واقعي أو قريب من الواقع، وهي تعد من الأحلام المفزعة أو الكوابيس التي تتكرر عادة وتكون جزءاً من تشخيص متلازمة الكرب التالي للرضح. ومما لاشك فيه أن النائم لا يحاسب على أحلامه وليس مسؤولاً أخلاقياً أو قانونياً أو شرعياً عن مضمونها، وقد يحلم النائم بأشياء مخزية أو جنسية، أو يتلفظ بألفاظ غير مؤدبة، أو يذكر أسماء أشخاص ذكور أو إناث ولا يعني ذلك أنه يكشف أسراره وعما يجول بخاطره من حب سري أو غيره، ولابد من تأكيد أن النائم لا يمارس إرادته، وهو غير واعٍ في أثناء النوم، وكل ألفاظه ليست دليلاً أو حجة ضده. وبعض الزوجات تقضي ساعات جوار زوجها النائم تحاول أن تفهم ما يقوله في أثناء نومه لعلها تعرف عن أسراره المالية أو العاطفية أو غير ذلك، وقد يؤدي ذلك إلى مشكلات زوجية متنوعة وينمو الشك والحذر بين الزوجين، وبعض الزوجات تسجل كلام الزوج في أثناء نومه وتعد ذلك دليلاً ضده.

المشي في أثناء النوم sleep walking:

أحد الاضطرابات الشائعة، وهو ينتشر عند الأطفال خصوصاً، وتحدث في ١٠-٣٠٪ منهم نوبة واحدة على الأقل، ويكون لدى ١-٥٪ منهم نوبات متكررة ذات آثار سيئة، وقد

يبدأ في أي عمر بعد سن المشي ولا سيما في عمر ٤-٨ سنوات، وتبدأ أكثر الحالات في سن ١٢ سنة، وجدت بنسب واحدة في الذكور والإناث. وهو اضطراب محدد وحميد، ولا ترافقه اضطرابات نفسية أخرى ويتحسن مع تقدم العمر ويختفي في سن المراهقة ولا سيما نحو سن ١٥ سنة، إلا أن نسبة من هذه الحالات تستمر إلى مرحلة الرشد والشباب، أو أنها تختفي ثم تعود في مرحلة الشباب وتستمر عدة سنوات بين اشتداد وهجوع. ونسبة حدوث نوبة واحدة على الأقل من المشي في أثناء النوم عند الكبار هي ١-٧٪، وترافقها عندئذ حالات القلق أو الاكتئاب أو اضطرابات الشخصية.

الأعراض: يتميز هذا الاضطراب بأنه يحدث في الثلث الأول من الليل في مرحلة النوم العميق حين يصحو المريض جزئياً ويقوم ببعض التصرفات والحركة والمشي، ومنهم من يذهب إلى الحمام للتبول أو ينزل على السلم أو يذهب إلى المطبخ ويأكل، أو يفتح خزانة الملابس وقد يخرج خارج المنزل، وفي حالات نادرة قد يقوم بأعمال معقدة مثل استعمال أحد الأجهزة أو فتح القفل بالمفتاح، وفي حالات أخرى قد يتصرف تصرفاً مؤذياً وعنيفاً إذا كان خائفاً أو هارباً، كما قد يتعرض للأذى والسقوط والكدمات والجروح. وليس صحيحاً أبداً أن المريض قد يمشي في أماكن خطرة من دون إصابة (كما يتكرر ذلك في أفلام الكرتون مع امرأة باباي). والمريض عندما يمشي في أثناء نومه يتميز وجهه بفراغه من التعبير، وهو لا يستجيب لكلام من حوله ولا يتحدث إلا نادراً، ويكون حديثه خافتاً ومحدوداً وليس مسترسلاً، كما أن انتباهه يكون ناقصاً، وقد يستجيب لكلام من حوله بأن يعود إلى سريره ويتابع نومه وعندها تنتهي النوبة التي قد تستغرق عدة دقائق إلى نصف ساعة. ويصعب عادة إيقاظ المريض من نوبة المشي في أثناء النوم، وقد تنتهي النوبة بالاستيقاظ بعد عدة دقائق من اختلاط الوعي والتوهان في الزمان والمكان ثم يصحو المريض تماماً وهو لا يتذكر ما جرى، وقد يتذكر بعض الأمور العامة ولكنه لا يتمكن من تذكر التفاصيل.

الأسباب: تبين من دراسة هذا الاضطراب أن هناك عاملاً وراثياً وراء عدد من الحالات، إذ ينتشر الاضطراب في العائلة نفسها، وعندما يصاب أحد أفراد الأسرة فإن نسبة ١٠-٢٠٪ من أقرباء الدرجة الأولى يظهر لديهم هذا الاضطراب، ولا يزال العامل الوراثي غير محدد، كما أن هناك عدداً من المثيرات لنوبات المشي في أثناء النوم، ومنها القلق والتوتر والخوف وامتلاء المثانة والضجيج والحرمان من النوم وارتفاع الحرارة، ونوبات الصداع النصفي واستعمال الكحول وبعض الأدوية النفسية.

التشخيص التفريقي: لابد من التفريق بين اضطراب المشي في أثناء النوم ونوبات الرعب الليلي night terror، التي يقوم فيها الطفل من فراشه بحالة ذعر وخوف شديدين وتتزايد ضربات القلب ويحدث التعرق وغير ذلك، وهو ما لا يحدث في اضطراب المشي في أثناء النوم، كما يجب التفريق بينه وبين الكابوس nightmare أو الحلم المزعج المخيف، وفيه يتذكر الطفل أو البالغ تفاصيل عن الحلم الذي أزعجه، كما أنه يحدث عادة في آخر الليل. وقد تتشابه حالات تعويق التنفس والشعور بالاختناق مع اضطراب المشي في أثناء النوم؛ إذ يقوم المريض من فراشه ولكن ذلك يتميز بالشخير وانقطاع النفس والنوم المتكرر في النهار. ويشبه بعض حالات الصرع الدماغي هذا الاضطراب، وفيها يكون تخطيط الدماغ ضرورياً حيث يظهر اضطراباً في كهربائية الدماغ، في حين يظهر التخطيط في المشي في أثناء النوم موجات بطيئة هي موجات النوم إضافة إلى الموجات الأخرى. كما يفرق بين هذا الاضطراب وحالات الشرود fugue states التي تحدث بنوبات تبدأ في أثناء النهار وتستمر أياماً أو أسابيع يكون فيها المريض بحالة اعتيادية من الصحو والكلام. أخيراً يجب التفريق بين هذا الاضطراب والتمارض أو ادعاء المرض بالأعراض الوصفية له التي يصعب تمثيلها أو اصطناعها.

العلاج: لابد من التشديد أولاً على أن كثيراً من الحالات تعد عادية ولا تسبب مشكلات إضافية، وأما الحالات الأخرى - التي يتجنب المريض فيها النوم خارج المنزل ويتجنب الرحلات والمخيمات الصيفية والزيارات التي تحتاج إلى نوم خارج المنزل - فتتطلب العلاج. ويتدرج العلاج من الابتعاد عن المثيرات كالحرمان من النوم والتخفيف من القلق والضغوط الاجتماعية قدر الإمكان، ويفيد إعطاء دواء مهدئ في توقيف النوبات، كما يجب الانتباه إلى حماية الطفل وترتيب مكان نومه على نحو لا يتسبب في الكدمات والأذى. وأما حالات الكبار فلا بد من دراسة حالاتهم بالتفصيل والتفريق بينها وبين سوء استعمال بعض الأدوية أو استعمال الكحول وغيره، كما لا بد من وضع خطة تفصيلية علاجية من مختلف الجوانب النفسية والاجتماعية والطبية.

رابعاً- اضطرابات الأكل:

البدانة والعوامل النفسية:

لا شك أن البدانة مشكلة صحية متعددة الأسباب والأشكال، ولها جوانب وراثية وعضوية وكيميائية، وجوانب

اجتماعية ونفسية وسلوكية. ومن المعروف أن الطعام والشراب من المتع واللذات الكبيرة، والجوع تجربة مؤلمة ومنفرة يهرب منها الإنسان دائماً. وللعادات الغذائية في الطفولة شأن مهم في البدانة، وكثير من الأطفال يتناول الحلويات من دون حساب؛ مما يؤدي إلى البدانة المبكرة، وكثير من الأمهات لا يُتقنّ من مبادئ التربية والرعاية سوى إطعام الأطفال أكثر من حاجاتهم وتسمينهم. وفي مرحلة المراهقة والشباب وما يليها من مراحل يتعلم الإنسان أن يخفف ألمه النفسي وإحباطاته المتنوعة بتناول الطعام الذي يجلب له لذة فورية، وكلما زادت الإحباطات زاد الإقبال على الطعام ومن ثم البدانة. وعموماً إن القلق وعدم الاطمئنان والإحباط قد تؤدي إلى الشره الطعامي واعتماد الطعام وسيلة للتخفيف من هذه المشاعر السلبية. وفي حالات الحرمان المختلفة في الطفولة أو ما بعدها مثل الإهمال الوالدي أو التفكك الأسري وغيرهما قد يكون الطعام والشراب بمختلف أنواعهما وسائل تعويضية عن الحرمان مما يؤدي إلى الإفراط والبدانة. وفي بعض الحالات الاكتئابية المرضية قد يكون الإفراط في الطعام وزيادة الوزن أحد أعراضها، في حين يظهر الاكتئاب عند أشخاص آخرين بأعراض نقص الشهية وانخفاض الوزن. وهذه الأعراض المرضية للاكتئاب تكون نتيجة للخلل والاضطراب العصبي الكيميائي داخلي المنشأ، كما قد تكون نتيجة المعاني الرمزية للطعام من حيث المتعة واللذة والإشباع والبحث عنها للتخفيف من الاكتئاب. وفي حالات أخرى تعرف باسم النهام العصابي الذي يأتي بشكل نوبات من فرط الأكل يتلوها التقيؤ، وهي حالات قد تؤدي إلى مخاطر عديدة طبية، يكون السلوك الطعامي اندفاعياً ويعقبه ندم وشعور بالذنب ويؤدي عادة إلى السمنة. وهناك حالات طبية مثل نقص إفراز الغدة الدرقية الذي يؤدي إلى البدانة، كما أن نمط الحياة المعاصرة من حيث الراحة الجسدية وعدم استعمال العضلات والحركة الجسدية كل ذلك يؤدي إلى انخفاض استهلاك السعرات الحرارية (الحريرات)؛ مما يؤدي إلى تراكم الشحوم في الجسد وبالتالي البدانة.

وأخيراً لابد من تأكيد ضرورة الاهتمام بالصحة العامة وأسلوب الحياة الصحية من حيث نوعية الغذاء وكميته ومن حيث الرياضة والاهتمام بالجسد والابتعاد عن كل ضار من مأكول أو مشروب. ولابد من مواجهة القلق والإحباط بأساليب مفيدة وفعالة، وأيضاً التدرب على التحمل والاحتمال والصبر وتربية النفس وتطويع رغباتها بدلاً من الانجراف وراء رغباتها من دون حدود أو ضوابط، والمشاعر السلبية تحتاج إلى طرائق أخرى للتعامل معها، ومنها الحوار والتفكير الإيجابي وغير ذلك.

القهم العصابي anorexia nervosa:

القهم العصابي (أو فقد الشهية العصابي) هو اضطراب طعامي يتميز بالاهتمام الزائد بوزن الجسد والطعام وسلوكيات متنوعة لإنقاص الوزن. وفيه خوف شديد من زيادة الوزن إضافة إلى اضطراب في صورة الجسد؛ إذ يشعر المريض بأن وزنه زائد مع أنه شديد النحول. ويرافقه توقف الدورة الشهرية عند الإناث وسلوكيات وسواسية متنوعة. وهو ينتشر في الإناث بنسبة عشرة أمثال انتشاره في الذكور، وتصل نسبة انتشاره في المجتمعات الغربية إلى ١٪ من الفتيات في سن ١٦-١٨ سنة. ومازالت أسبابه غير معروفة، وهناك تفسيرات نفسية متعددة ومنها الرغبة بعدم النمو والبقاء في مرحلة عمرية أصغر أو الخوف من النضج والنمو، والتناقض العاطفي تجاه الأم ورفضها، وعوامل الضغوط والشدات النفسية المتكررة والمرافقة لازدياد الرغبة في إنقاص الوزن وفي ضعف الشهية، والتأثر بالنجوم وعارضات الأزياء والرغبة في الاحتفاظ بجسد مغر، وهناك دراسات حول اضطراب كيميائي عصبي في منطقة الوطاء، وعوامل عائلية ووراثية.

العلاج: تتضمن خطة المعالجة العلاج الطبي الذي يهدف إلى تعديل الاضطرابات الجسدية الناجمة عن النقص الشديد في الوزن مثل إعادة توازن السوائل والشوارد في الدم، وكثير من الحالات تتطلب الدخول إلى المستشفى والتغذية عن طريق الوريد والفم. كما تتضمن الخطة العلاج المعرفي السلوكي الذي يهدف إلى تعديل نظرة المريض عن نفسه وزيادة كمية تناول الطعام تدريجياً، وتتضمن الخطة أيضاً العلاج الأسري وتعديل تركيبة الأسرة ونمط تواصلها وتخفيف الضغوط على المريضة.

النهام العصابي bulimia nervosa:

يعني نوبات من الشره الطعامي والتهام كميات كبيرة من الطعام، يرافقه الشعور بالذنب ومحاولات التقيؤ بعد ذلك، وقد يرافق الاضطراب حالات القهم العصابي أو يكون مستقلاً عنه.

تتميز حالات النهام العصابي بفترات من نوبات الشره وفترات أخرى من الصيام وتخفيف الطعام، وترافق الاكتئاب كثير من هذه الحالات، وكذلك السلوك الاندفاعي واضطرابات العلاقات الشخصية، ويؤدي القياء واستعمال المليّنات والمدرات إلى اضطراب شوارد الدم وإلى حماض دموي

وتآكل في الأسنان وإلى اضطراب نظم القلب وتوقفه. نسبة انتشار هذا الاضطراب نحو ١-٤٪ من الإناث، وهي أكثر بنحو ٦-١٠ أمثال عما هي في الذكور، وهو أكثر انتشاراً من القهم العصبي.

ماتزال أسباب هذا الاضطراب غير واضحة، وغالباً ما تبدأ نوبات الشره بعد حمية طعامية قاسية، وهناك تفسيرات نفسية متنوعة، وبعض الدراسات العضوية تدل على اضطرابات كيميائية عصبية في مناطق الوطاء، وتدل دراسات أخرى على صعوبات في التكيف في جميع المجالات المهنية والاجتماعية والأسرية، وعلى وجود نمط من صفات الشخصية الذي يتميز بالاندفاعية والقلق والغضب والاكتئاب والانسحاب الاجتماعي والتفكير الذاتي.

ويتضمن العلاج تعديل الأفكار التلقائية الشخصية بوساطة العلاج المعرفي والسلوكي، كما بينت الدراسات أن العلاج الدوائي له فوائده في هذه الحالات ولاسيما الأدوية المضادة للاكتئاب التي تزيد من السيروتينين.

خامساً- الطب النفسي الجنسي:

١- الضعف الجنسي النفسي:

تدل الدراسات الحديثة في موضوع الاضطرابات الجنسية والضعف الجنسي عند الذكور على أن أسباب نحو ٦٠-٧٠٪ منها نفسية غير عضوية، وهي تختلف من حالة إلى أخرى، ويتوقف نجاح العلاج على شدة هذه الأسباب ونوعيتها. وقد شهد مجال الطب الجنسي تطورات عديدة في العقود الثلاثة الماضية سواء في دراسة الاضطرابات الجنسية وتشخيصها أم في ميدان علاجها، وقد استبدلت ببعض المصطلحات القديمة مثل العنانة أو الضعف الجنسي impotence مصطلحات أخرى حيادية لا تحمل معنى الإهانة والتحقير، إذ وجد الباحثون أن ذلك يساعد على فهم هذه الاضطرابات على نحو أفضل كما يساعد المريض عملياً وعلاجياً. وقد حددت المصطلحات الجديدة نوعية الاضطراب وصفاته من النواحي الفيزيولوجية الجسدية والتشريحية، فهناك مثلاً اضطراب الانتصاب erectile disorder واضطراب نقص الرغبة الجنسية hypoactive sexual desire disorder واضطراب الإرجاز (أو هزّة الجماع) عند الذكور inhibited male orgasm. وتحدد هذه الاضطرابات وما يرافقها من أسباب نفسية فقط، أو أسباب عضوية فقط، أو أسباب عضوية ونفسية معاً، وما إذا كانت مكتسبة بعد مدة من الأداء الطبيعي أو أنها مزمنة من دون فترات طبيعية، وما إذا كانت عامة generalized أو في مواقف معينة situational.

وهناك عدد من الأمور التي تؤدي إلى اضطراب الوظيفة الجنسية المتعلقة بالانتصاب، يمكن تقسيمها إلى ثلاث مجموعات:

أ- العوامل المؤهبة predisposing factors: كالأفكار والأوهام المرتبطة بالوظيفة الجنسية التي تتردد في أذهان المراهقين وغيرهم، وقد وجدت الأبحاث أن لدى كثير ممن يصابون بهذه الاضطرابات قناعات وأوهاماً خاطئة كالقناعة بأن الرجل الحقيقي يجب أن تكون له قدرة شخصية على أداء العمل الجنسي دائماً وفي كل الأوقات والظروف، وهذا وهم غير صحيح وغير علمي، ولا يناسب طبيعة الإنسان الروحية والعاطفية والنفسية، وتؤثر طبيعة الموقف الذي يتعرض له الشخص تأثيراً كبيراً في ردود فعله الجسدية وفي أداء الجسد لوظائفه الطبيعية. وبعض الشبان يلجؤون إلى المومسات ويصابون بالإحباط في أثناء إحدى المناسبات الجنسية بسبب عدم الانتصاب وتتثبت عندهم هذه المشكلة بعد ذلك. والرجل الطبيعي قد يرفض الابتذال والمحرمات شعورياً أو لا شعورياً، ولا تحدث لديه استثارة جنسية طبيعية في مثل هذه المواقف وهذا أمر طبيعي وليس مرضياً. ثم إن للجهل بالأمور الجسدية والطبية المتعلقة بالجنس شأناً مؤهباً في المشكلة، مثال ذلك ما يحدث لشخص في ليلة الزفاف من قلق واضطراب وهو لا يعرف ماذا يفعل، وذهنه ممتلئ بمعلومات غريبة وخاطئة، وقد يخفق في القيام بالوظيفة الجنسية في تلك الليلة، وفيما بعد تتدخل عوامل أخرى في تثبيت المشكلة والاضطراب؛ لذلك ينصح المقبلون على الزواج من الذكور والإناث بضرورة الاطلاع على بعض المعلومات الصحيحة والعلمية من الأطباء وغيرهم أو من المراجع الطبية والمجلات الصحية كي يواجهوا الموقف على نحو طبيعي وواقعي.

ب- العوامل المثيرة precipitating factors: وهي تضم عدة أمور، منها العوامل العضوية كالمرض الجسدي العام والتعب والإرهاق وتناول بعض الأدوية والكحول والآلام الجسدية المتنوعة، وتكون هذه العوامل عادةً مؤقتة مالم يكن المرض الجسدي مزمناً. ومنها العوامل النفسية الانفعالية كالاكتئاب والقلق العام والخوف من الحمل وعدم وجود الراحة والاطمئنان في أثناء الممارسة الجنسية، وكل ذلك قد يكون مؤقتاً، ولكن بعد حدوث اضطراب الانتصاب ولو مرة واحدة قد تتدخل العوامل التي تساعد على استمرار المشكلة مما يؤدي إلى تكرار الأعراض وإزمان الاضطراب. وهناك أيضاً الصدمات النفسية والحياتية والتعلم الخاطئ

بسبب صدمات جنسية، والعقد الجنسية المرتبطة بالشعور بالنقص وضعف الثقة بالنفس من ناحية القدرات العامة والجنسية، وعقد الشذوذ الجنسي، والعقد النفسية المرتبطة بالعدوانية العامة أو العدوانية تجاه المرأة. إضافة إلى عقد الذنب المختلفة. يضاف إلى ما سبق وجود مشكلات تتعلق بحالة الزوجة، مثل استئصال الثدي أو الرحم أو الحمل والولادة والألم الشديد في أثناء الجماع وفقد الرغشة الجنسية والكراهية الظاهرة أو المبطنة وغير ذلك.

ج- **العوامل المثبتة** perpetuating factors؛ ومنها فقد الثقة بالنفس والشعور بالذنب والعار من اضطراب الوظيفة الجنسية والإحباط والغضب. وهناك ما يسمى قلق الأداء performance anxiety، وهو من العوامل المهمة التي يمكن تعديلها مباشرة، وهو يعني ازدياد شدة التوتر والقلق ومحاولة زيادة القوة الجنسية بكل الوسائل وبتوتر بالغ لأداء العمل الجنسي، وقد وجد الباحثون أن تخفيف هذا القلق وتعديله هو ركن أساسي في العلاج؛ لأنه يضمن عودة ردود الفعل الفيزيولوجية العصبية والدموية إلى حالتها الطبيعية. والعوامل التي تساعد على استمرار المشكلة عند الزوجة هي الضغوط لأداء العمل الجنسي والانتقاد والتصغير وإنكار المشكلة أصلاً، والتعاطف الزائد مع الزوج. ومن الأمور المهمة التي لا تلقى نصيباً كافياً من الانتباه طبيعة العلاقة الزوجية واضطرابها على نحو عام، ودرجة التوافق والتعاون، والمشكلات الزوجية المختلفة، لأن العلاقة الزوجية السيئة ينجم عنها اضطرابات جنسية متعددة.

يمكن القول إن جميع العوامل السابقة الذكر تؤثر بدرجات متفاوتة في كل حالة، وينجم عنها اضطراب الانتصاب نفسي المنشأ، ثم تحدث حالة نفسية خاصة هي توقع الفشل anticipation of failure، وهذه الحالة لها جوانبها النفسية والسلوكية، وتوقع الفشل وحده يؤدي إلى تكرار المشكلة مرات أخرى مما يؤدي إلى حلقة مفرغة مستمرة. ويعتمد العلاج على نحو أساسي على كسر هذه الحلقة بتعديل بعض هذه العوامل المتشابكة أو تغييرها.

أما الأسباب العضوية المؤدية إلى اضطراب الوظيفة الجنسية عند الرجل فنسبتها قليلة ولاسيما في الشباب، وفي مقدمة هذه الأسباب داء السكري وتصلب الشرايين والعمليات الجراحية في منطقة الحوض، وتناول بعض الأدوية كأدوية ارتفاع ضغط الدم وبعض الأدوية النفسية، واضطراب الغدد والهرمونات، وبعض الالتهابات مثل التهاب الحويصلات المنوية والموثة والالتهابات الزهرية، إضافة إلى بعض الأمراض العصبية كالتصلب المتعدد والشلل وقصور الكلية أو الكبد المزمنين والرضوض على منطقة العانة أو النخاع الشوكي. ويؤدي علاج بعض هذه الأمراض العضوية إلى تحسن الوظيفة الجنسية وبعضها الآخر صعب العلاج، ولكن يمكن معالجة الوظيفة الجنسية موضعياً كما سيأتي. ولابد من الإشارة إلى أن العوامل النفسية وتوقع الفشل يزيد من المشكلة في كثير من الحالات العضوية ويجعلها أكثر صعوبة على العلاج، ما يعني أن العلاج العضوي قد لا يكفي وحده.

الوقاية والعلاج: هناك بعض الملاحظات حول الوقاية والعلاج، منها الاطلاع على معلومات طبية وعلمية عن الوظائف الجنسية الطبيعية للإنسان، لأن لتبني المعلومات الصحيحة شأناً وقائياً قد يمنع حدوث الاضطراب أو انتكاسه، كما تسهم هذه المعلومات في تخفيف القلق الجنسي والشعور بعدم الاطمئنان في أثناء العمل الجنسي وهذا هو أساس العلاج الجنسي الحديث. والابتعاد عن المحرمات الجنسية أمر مفيد للصحة الجسدية والنفسية والجنسية، والتربية الصالحة والوقاية من الصدمات الجنسية والإيذاء الجنسي أمر مطلوب ومفيد دائماً.

ويوجد للعلاج عدد من الأساليب التي تهدف إلى تخفيف القلق والتوتر وإعادة الثقة بالنفس من الناحية الجنسية، مثل الاسترخاء العضلي والنفسي والتحكم بالتنفس، والتدريبات الزوجية الخاصة التي تتضمن المداعبات الجنسية على نحو تدريجي لمناطق الجسد المختلفة ثم المناطق الجنسية مما يساعد على إزالة الحساسية السلبية وردود الفعل الفيزيولوجية المضطربة، إضافة إلى زيادة الحوار بين الشريكين وتحسين العلاقة الزوجية وحلُّ مشكلاتها بالتفاهم والحوار في الأمور العامة وفي الأمور الجنسية، كما يفيد التشجيع والتطمين والدعم النفسي، وكل ذلك يعطي نتائج جيدة في فترات قصيرة. وفي حالات أخرى يحتاج المرضى إلى علاج نفسي أطول مدةً، وبعض الحالات تحتاج إلى بعض الأدوية الخاصة التي تحسن من وظيفة الانتصاب مثل فياغرا وغيرها، أو استعمال أجهزة طبية، أو حقن مواد دوائية داخل القضيب، أو عمليات جراحية موضعية ولاسيما في الحالات العضوية المنشأ أو الحالات التي لم تستفد من العلاجات الأخرى، ولا تزال الأبحاث مستمرة لتطوير أساليب علاجية دوائية وغير دوائية فعالة. ولابد من الإشارة إلى أن استعمال بعض العلاجات الشعبية والمواد الغذائية قد يفيد في بعض الحالات، ولكن تأثيرها قد لا يتعدى الإيحاء، كما

أنها قد تكون مضرة في حالات أخرى.

ومن ناحية أخرى يراجع المرضى في المجتمعات العربية الأطباء العامين أو أطباء الجراحة التناسلية أو أطباء الجلدية والتناسلية وكثير منهم تتحسن حالته إذا ما عولجت الأسباب العضوية أو النفسية المرافقة. ويتردد كثير من المرضى في مراجعة الأطباء النفسيين من دون مسوغ علمي، مع أنه من الضروري القيام بالفحص النفسي وتقديم العلاج النفسي والنصائح الأسرية والزوجية لهذه الحالات، ومن المفيد تعاون الأطباء من مختلف الاختصاصات المرتبطة بالاضطرابات الجنسية مع الأطباء النفسيين وتطمين المرضى وتبديد مخاوفهم مما يوفر علاجاً طبياً ونفسياً متكاملاً وصحيحاً لمعظم هذه الحالات.

أدوية الضعف الجنسي من النواحي النفسية:

اضطرابات الوظيفة الجنسية من الاضطرابات الشائعة في جميع المجتمعات، ويسهم الطب النفسي مع عدد من فروع الطب الأخرى مثل الجراحة التناسلية وطب الأمراض النسائية وطب الأمراض الجلدية والتناسلية في ميدان الاضطرابات الجنسية. وبالحديث عن الضعف الجنسي عند الذكور يتبين أن «هاجس الداء الجنسي والقوة الجنسية» قديم في تاريخ البشرية، وهناك عشرات من الطرائق المتنوعة التي فكر فيها الإنسان وابتكرها لتحسين أدائه الجنسي وتأكيد قوته، منها تناول أعشاب خاصة أو طعام معين أو القيام بأشكال من الطقوس والرقصات، واستعمال جلود بعض الحيوانات أو أجزاء منها، وغير ذلك كثير وغريب. وفي الطب الحديث هناك عدد من العمليات الجراحية التي تسهم بإعادة الوظيفة الجنسية المضطربة إلى طبيعتها، أو تساعدها على ذلك، كما أن هناك عدداً من الأدوية التي تختلف في فعاليتها وكيفية استخدامها والحالات التي توصف لها. وهناك حالياً عدد من الأدوية التي تعالج صعوبة الانتصاب منها (فياغرا)، وتعد هذه الأدوية كشفاً علمياً مهماً يساعد كثيراً من المرضى، والمعلومات الحالية عن فياغرا تفيد بأنه دواء فعال ومفيد وآثاره الجانبية قليلة، ويجب أن يوصف بإشراف الطبيب لأنه يتعارض مع بعض الأدوية القلبية وأدوية أخرى، وله جرعات محددة وهي ٥٠ ملغ تؤخذ قبل نحو ساعة من المناسبة الجنسية مرة واحدة على الأكثر في اليوم (وفي بعض الحالات تستعمل عيارات أقل أو أكثر بإشراف الطبيب)، وهو يفيد في حالات صعوبة الانتصاب الناجمة عن إصابات النخاع الشوكي والاكتئاب وارتفاع ضغط الدم وداء السكري وغير ذلك. وتتفاوت نسبة الاستجابة للدواء من حالة إلى أخرى وفقاً للتشخيص ونوعية الاضطراب، وهذا الدواء وافقت عليه هيئة الدواء الأمريكية بعد إجراء التجارب والدراسات العلمية الضرورية من حيث الفعالية والأمان والتأثيرات الجانبية وغير ذلك، ولكن يبدو أن استعماله قد تجاوز المعايير الطبية المعروفة، مما أدى إلى مخاطر ومشكلات طبية واجتماعية وشائعات متنوعة.

ولابد من تأكيد أهمية العوامل النفسية في نشوء الاضطرابات الجنسية عند الذكور وعند الإناث، وتذكر الإحصائيات القديمة أن ٩٠٪ من صعوبات الانتصاب سببها نفسي، وتؤكد الدراسات الحديثة أن نسبتها نحو٥٠-٦٥٪، والأسباب النفسية عديدة منها المشكلات الزوجية والقلق والاكتئاب والعقد الجنسية والخوف من الفشل والشعور بالذنب، إضافة إلى ضعف الثقة بالنفس والتجارب الجنسية الخاطئة وغير ذلك. ويعتمد العلاج الجنسي على تبديد المخاوف وتعديلها، وتصحيح المعلومات الخاطئة حول الأمور الجنسية، وعلى إزالة الحساسية السلبية المرتبطة بالأداء الجنسي، وعلى عدد من التدريبات المشتركة مع الشريك الزوجي بهدف إعادة الثقة والأمان بينهما وإعادة الاستجابة الطبيعية. كما أن العلاج الأسري والفردي يسهم في تخلص الفرد من عقده الخاصة وقلقه الجنسي، ويسهم في تشجيع التعامل الصحيح والسلوك الناضج والمتوازن مع زوجه، مما يضمن تحسن الاضطراب الجنسي وتحسن العلاقة الزوجية أيضاً. ويستفاد في الطب الجنسي النفسي من أساليب أخرى، منها بعض الأدوية، ودواء «فياغرا» وغيره يمكن الاستفادة منه في النواحي النفسية إذا استعمل مؤقتاً؛ إذ يسهم «تحسن الأداء» في تعديل نظرة المريض إلى نفسه، وفي تشجيعه على التخلص من عقده وقلقه وغير ذلك.

ولابد من تأكيد أن الطب الحديث يقدم فوائد عديدة للإنسان، ومن المتوقع أن يزداد الاهتمام بالمشكلات الجنسية وعلاجاتها. ولابد من النظر إلى الوظيفة الجنسية ضمن إطارها الصحيح المتكامل من النواحي العضوية والنفسية والاجتماعية، ولا يمكن أن تصلح حبة دواء تركيبة الإنسان النفسية، أو مشكلته الزوجية. ومن المتوقع ازدياد سوء استعمال الأدوية التي تعالج اضطراب الوظيفة الجنسية من قبل أشخاص لا يحتاجون إليها، مما قد يؤدي إلى مشكلات جديدة قد تكون خطرة، إضافة إلى القلق والإحباط، وإلى الاضطراب الجنسي.

٢- اضطراب الهوية الجنسية عند المراهقين والأطفال:

يُسمع أو يُقرأ بين فترة وأخرى في كل مجتمعات العالم

عن شاب تحول إلى فتاة بعد عملية جراحية، ويرافق هذه الأخبار تضخيمات إعلامية وآراء متنوعة مثيرة، كما قد يُرى بعض الذكور من الأطفال ذوي أشعار طويلة لايمكن تمييز جنسهم من شكلهم أو تصرفاتهم. ومن الناحية الطبية النفسية هناك اضطراب نفسي سلوكي يسمى "اضطراب الهوية الجنسية" لايكون فيه المريض (أو المريضة) راضياً عن هويته الجنسية الطبيعية التي ولد بها، وهو يحاول أن يتمثل باستمرار وبأساليب متعددة شكل الجنس الآخر وصفاته وسلوكياته، وهذا الاضطراب نادر عموماً، وهو يصيب الذكور أكثر من الإناث بعدة أضعاف.

يبدأ هذا الاضطراب في سن مبكرة، من عمر سنتين إلى أربع سنين، فيميل الطفل الذكر إلى اللعب بألعاب الإناث مثل الدمى (باربي وغيرها)، والاهتمام بمظهر شعره وثيابه بما يشبه الإناث بالتسريحة والشرائط وغير ذلك، إضافة إلى تقليده حركات الإناث وأساليبهن وتصرفاتهن المتنوعة. أما الطفلة الأنثى التي تعاني هذا الاضطراب فتميل إلى الألعاب الجسدية الخشنة والمضاربات واللعب بألعاب الذكور مثل المسدسات والسيوف وغير ذلك، والظهور بمظهر ذكوري في الشكل والسلوك والاهتمامات. وجوهر هذا الاضطراب هو انحراف في تمثل الطفل لهويته الجنسية الطبيعية، وهو لا يتقبل جسده وأساليب السلوك العامة المرتبطة بجنسه، وهو غير راضٍ عن جسده وهويته الطبيعية، ويسعى باستمرار إلى تقليد الجنس الآخر وتمثل صفاته ورغباته وأساليبه. وفي مرحلة البلوغ والمراهقة والشباب يستمر الاضطراب في نسبة كبيرة منهم، وتزداد معاناتهم داخل الأسرة وفي المجتمع، ويلجأ بعضهم إلى استعمال أدوية هرمونية للتأثير في جسده ومظهره بما يتناسب مع شكل الجنس الآخر، كما يلجأ بعضهم إلى طلب تغيير الجنس جراحياً. وتزداد في هذه الفئة الخيالات الجنسية المثلية وكذلك الممارسات الجنسية المثلية.

الأسباب: ما تزال أسباب هذا الاضطراب غير واضحة، وتحدثت النظريات القديمة عن خلل هرموني، ولكن الدراسات الحديثة أثبتت عدم وجود اضطراب في مستوى الهرمونات الذكرية في حالات الأطفال أو الكبار الذكور الذين يعتقدون ويشعرون أنهم إناث، ومستويات هرمون الذكورة لديهم طبيعية عادة، وكذلك في حالات الإناث اللاتي يشعرن أنهن ذكور، ومستويات الهرمونات الأنثوية والذكرية ضمن الحدود الطبيعية عادة. وقد قالت إحدى النظريات بشأن عزلة الطفل أو الطفلة وعدم توافر أقران في أعمار مشابهة من الجنس نفسه مما يؤدي إلى نقص في تمثل الصفات والسلوكيات المناسبة لجنس الطفل. وتؤكد نظريات التعلم أن اضطراب الهوية الجنسية ينجم عن سوء تمثل للجنس الموافق، أو تناقض في التشجيع على التمثل الصحيح للجنس الموافق وعدم ثباته، ويبدو أن للأهل وللبيئة المنزلية الأولى شأناً مهماً في تطور نظرة الطفل عن نفسه وتمثله لهويته الجنسية الطبيعية على نحو صحيح وسليم. ويمكن للأهل أن يشجعوا سلوكاً جنسياً لا يتفق مع جنس الطفل، عندما يلعب الطفل الذكر بدمية أو يلبس ثوباً نسائياً أو حذاء نسائياً ويجد الضحكات الإيجابية والابتسامات ممن حوله فإن هذا السلوك قد يتكرر ويصبح سلوكاً مرغوباً فيه. وهناك تفسيرات عديدة لسلوك الأهل الخاطئ، منها بعض المعتقدات الشعبية المتوارثة والغريبة والمرتبطة بقضايا العين والحسد في حال الطفل الذكر؛ فيلجأ الأهل إلى إطالة شعره وإظهاره بشكل أنثوي خوفاً من الحسد. ويمكن للأم أن تسهم في اضطراب ابنها الذكر من خلال علاقتها الخاصة به؛ وهي تشجعه على أن يكون مثلها بدلاً من أن يشبه أباه بعلاقة اندماجية مَرَضيَّة، وذلك بسبب الصراعات الزوجية والأسرية وتشكيل المحاور والجبهات داخل الأسرة. ومن الأسباب كذلك ابتعاد الأب عن الأسرة في حالات السفر المتكرر أو الانفصال أو غيره من الأسباب، وكذلك في ضعف شخصية الأب أو اضطرابه وإخفاقه المهني أو الاجتماعي مما يسيء إلى طريقة تمثله من قبل أبنائه الذكور؛ وطبعاً فإن الأساس الطبيعي لنمو الهوية الجنسية السليمة وتطورها هو تمثل النماذج الموافقة جنسياً بدءاً من الاسم إلى الشكل والمظهر والسلوكيات والاهتمامات والصفات العامة.

العلاج: يعتمد العلاج في حالات الأطفال على ضبط السلوك المضطرب ومنعه وعقابه، وعلى التوقف عن تشجيع السلوك المضطرب على نحو واضح وحازم من قبل الجميع في بيئته، كما يفيد أسلوب المكافأة والتشجيع المتكرر على السلوك الطبيعي المتناسب مع الجنس وعلى نحو تدريجي وفقاً لتفاصيل كل حالة. ومن الضروري التنبه للصراعات داخل الأسرة ومشكلات الأم النفسية والعملية، وتفيد الجلسات الأسرية للتخفيف من مشكلات الأسرة وتوجيه الجهود على نحو صحيح وبناء.

وفي الكبار يفيد العلاج النفسي والسلوكي في تعديل نظرة الفرد عن نفسه وفي تبنيه لهويته الجنسية الطبيعية وتمثل الجهود العلاجية نوعاً من إعادة التعلم تدريجياً، وينصح بمعالج رجل في حالة الشاب الذي يعاني من الاضطراب

مما يسهم في تبنيه لصورة إيجابية متفهمة من الجنس نفسه، وفي حالة الشابة الأنثى ينصح بمعالجة أنثى مما يسهل عملية إعادة تمثل الهوية الجنسية الطبيعية.

وفي عدد من الحالات الشديدة يمكن إجراء عملية جراحية، ولكن بعد زيادة أعداد الحالات التي تم علاجها جراحياً لتغيير الجنس تبين أن هناك مشكلات نفسية واجتماعية كبيرة: منها ازدياد حالات الانتحار والاكتئاب لدى المرضى المتحولين جنسياً، وازدياد المشكلات الإدمانية ومشكلات الطلاق وغيرها، وبعضهم لم يستطع أن يتكيف مع جسده الجديد وطلب إعادته لوضعه السابق، وهو غير ممكن طبعاً بعد استئصال الأعضاء الجنسية الخارجية للذكر وتكوين أعضاء جسدية شبيهة بالأعضاء الأنثوية في حالات الذكور.

خلاصة:

مما لاشك فيه أن الوقاية خير من العلاج دائماً، وحالات اضطراب الهوية الجنسية الشديدة ليست سهلة في علاجها والتعامل معها. وهناك حالات مختلفة من عدم الثقة بالنفس من الناحية الجنسية في الجنسين وهي واسعة الانتشار ويجب التفريق بينها وبين اضطراب الهوية الجنسية؛ منها أن الشاب غير واثق برجولته وأنه غير جذاب للجنس الآخر، وأنه غير جميل أو قصير القامة أو غير ذلك من عقد النقص المرتبطة بالأمور الجنسية، وكذلك الفتاة التي تشعر أنها غير جميلة أو بدينة وأنها غير محبوبة، وكل ذلك مرتبط بالقلق الطبيعي الاعتيادي الذي يزداد في مرحلة المراهقة عادة، وربما يبدو للشاب (أو الشابة) أنه شاذ جنسياً في حال تعلقه وحبه شخصاً من مثل جنسه، أو إذا راودته خيالات شخصية غير مقبولة، وكل ذلك مفهوم واعتيادي ويحتاج إلى مزيد من الثقافة الجنسية الطبية وتعديل بعض الأفكار الخاطئة عن نفسه وبناء الثقة بالنفس والتطور الإيجابي للمهارات والقدرات الشخصية في مختلف الميادين.

ولابد من توضيح أن مشاعر القلق السابق ذكرها والأفكار المصاحبة لها حول الثقة بالنفس من الناحية الجنسية لا تدل على اضطراب مرضي في الهوية الجنسية، ولا تؤدي إلى عدم الرضا عن الجسد والرغبة في التحول إلى الجنس الآخر، والقلق هنا نسبي ولا يطال جوهر الهوية الجنسية. وهناك حالات الأشخاص الذين لديهم "اضطراب الشخصية الحدية" والذين يغيرون هوياتهم واهتماماتهم ونشاطاتهم بين فترة وأخرى، ويبدون وكأنهم يعانون "اضطراب الهوية الجنسية" مدة محددة، ولكنهم يتراجعون عن سلوكياتهم ويعودون إلى هوياتهم الجنسية الاعتيادية. كما يمكن لبعض الأشخاص من "الشاذين جنسياً" من الجنسين أن تظهر لديهم رغبات لتغيير ملامحهم وهويتهم الجنسية الجسدية ظناً منهم أنهم سيصبحون أكثر قبولاً من الجنس نفسه، وتخف هذه الرغبات عادة بين فترة وأخرى.

والجدير بالذكر أن المجتمع الحديث قد شهد تغيرات في تركيبته التقليدية وفي أنماط السلوك الذكوري والأنثوي وفي الأدوار المرتبطة بكل جنس، وهناك تغيرات في الشكل والملبس أصبحت شائعة ومقبولة مثل الشعر القصير وثياب «الجينز» للجنسين، ولكن لا يعني ذلك إغفال الفروقات ونقاط الاختلاف بينهما أو تركها غامضة أو مشوشة في المجال التربوي أو الاجتماعي، ومنها الهوية الجنسية الطبيعية والفروق الجنسية والشكلية بين المرأة والرجل التي لا يمكن تغييرها.

وأخيراً فإن الثقة بالنفس من الناحية الجنسية ترتبط بالثقة بالنفس عموماً، ولابد من تنمية هذه الثقة باستمرار والحفاظ عليها بما يسهم في المزيد من الصحة النفسية.

وفيما يلي عدد من النصائح النفسية التربوية العامة:

أ- تأكيد انتماء الطفل لجنسه بتشبيهه بالأب أو بالخال أو بالعم أو غيره من الذكور، وكذلك البنت بتشبيهها بأمها وغيرها من الإناث، وفي حال التشابه الكبير في الوجه أو البشرة أو العينين أو غير ذلك بين الذكر وأمه أو أخته لابد من إيجاد فروقات عنهن وتأكيدها، والبحث عن نقاط تشابه مع الأب وبقية الذكور في الشكل والجسد والسلوك، وكذلك الحال فيما يخص البنت التي تشبه أخاها الذكر أو أباها جسدياً.

ب- الابتعاد عن تشجيع كل ما يشوش تمثل الهوية الجنسية الطبيعية ولاسيما في مرحلة الطفولة مثل إطالة شعر الذكر أوتقصير شعر الأنثى على نحو كبير.

ج- تشجيع تمثل الطفل بالسلوك الموافق لجنسه باستمرار، ولابأس في الاكتشاف والتجريب والتعرف ألى الجنس الآخر وسلوكياته وتصرفاته وألعابه ضمن إطار حب المعرفة وتوسيع المدارك، ولابد من التنبه إلى خطورة السلوكيات الشاذة وضرورة ضبطها والابتعاد عنها في حال تكرارها واستمرارها.

د- مشاركة الطفل أو الطفلة في انتقاء الألعاب والهدايا والملابس، والتنبيه إلى مدلولاتها وارتباطاتها بالهوية الجنسية المناسبة.

هـ- التشديد على اختلاط الطفل بأقرانه والتعلم منهم، وأن الاختلاط بين الجنسين لا يعني اختلاط الهوية الجنسية وتشويشها، بل يعني التشابه في الحقوق والواجبات والتعلم المفيد عن الآخر.

٣- الإثارة الجنسية الذاتية "العادة السرية" من النواحي النفسية:

تحاط الأمور الجنسية في المجتمعات الشرقية بالسرية والكتمان، ويجري الحديث عنها بلغة غامضة وتعبيرات غير مباشرة، كما أنها ترتبط بالجهل والخرافة ونقص المعلومات. في حين أن المعلومات الطبية الجنسية الصحيحة ضرورية كي يعرف الإنسان نفسه، والأعضاء الجنسية جزء من تكوين الجسد الإنساني، وهي تشبه باقي أعضائه في وظائفها الطبيعية وفي أمراضها المتنوعة، والمعلومات الطبية والعلمية الصحيحة تسهم في معرفة الإنسان نفسه ومكوناتها ورغباتها وبالتالي يُسهِّل ذلك فهمها والسيطرة عليها والعمل على ضبطها ولاسيما في ظروف تربوية وأخلاقية ودينية مناسبة.

ومما لاشك فيه أن درجة من الحرج والقلق قد تكون مصاحبة لعملية التثقيف الجنسي الصحي، وهذا طبيعي ومقبول نظراً لحساسية الموضوع ودقته واحتمال سوء فهمه من الآخرين، ولكن يستدعي ذلك مواجهة الموضوع بنضج ومسؤولية وثقافة علمية صحيحة من دون الهروب منه أو إغفاله.

تبين الدراسات الخاصة بالاضطرابات الجنسية نفسية المنشأ أن علاج هذه الاضطرابات يعتمد في جزء كبير منه على التثقيف الجنسي وإعطاء معلومات طبية وعلمية حول الوظائف الجنسية الطبيعية للإنسان، وعلى تعديل أفكار المريض عن مفهوم الأداء الجنسي وعن عدد من الأساطير الشائعة المرتبطة بالجنس وذلك بجلسات علاجية تثقيفية، إذ تسهم هذه المعلومات في تخفيف القلق الجنسي والشعور بعدم الاطمئنان في أثناء العمل الجنسي.

تعرف العادة السرية أو "الإثارة الجنسية الذاتية" من الناحية الطبية على أنها إثارة ذاتية للجسم بمداعبة المناطق الحساسة جنسياً ولاسيما الأعضاء الجنسية، مما يؤدي إلى ازدياد الإثارة تدريجياً ثم الوصول إلى قمة النشوة أو الرعشة الجنسية، ويصاحب ذلك عادة خيالات ذاتية جنسية متنوعة ثم متعة جسدية ولذة. وتتم الإثارة الذاتية عادة بوساطة الاحتكاك باليد أو بالسرير أو بالوسادة وغير ذلك، وقد تبدأ منذ سن مبكرة في أثناء الطفولة، وقد يكشفها الطفل مصادفة بمداعبة الأعضاء الجنسية؛ إذ تترافق هذه المداعبات مع مشاعر لذيذة مما يؤدي إلى تكرارها، وهي تزداد في فترة المراهقة بسبب النضج الجنسي الطبيعي وازدياد مستوى الهرمونات الجنسية على نحو واضح. أما الاحتلام الليلي أو الأحلام الجنسية في أثناء النوم فهي نوع من الحلم الجنسي الذي يرافق النشوة الجنسية، ويصحو الإنسان وهو يتذكر شيئاً من هذا الحلم الجنسي أو لا يتذكره.

تعد الإثارة الجنسية الذاتية (العادة السرية) من النواحي الطبية وفي مختلف الدراسات الجنسية والنفسية ظاهرة طبيعية وليست مرضاً، وكذلك الاحتلام الليلي، وهي ظاهرة اعتيادية واسعة الانتشار في جميع المجتمعات، وهي تدل على ازدياد الإثارة الجنسية الفيزيولوجية التي تحتاج إلى التفريغ، ويتم ذلك عادة على نحو شخصي وذاتي وسري، وهي أقل ضرراً من النواحي الاجتماعية والأخلاقية من السلوكيات الجنسية الأخرى. وهناك كثير من الأوهام المرتبطة بالعادة السرية في أذهان العامة وفي أذهان الشباب والشابات في سن المراهقة وما بعدها؛ ومنها أنها تؤدي إلى ضعف النظر والعمى والعقم والجنون وغير ذلك، ويعدها بعضهم مرضاً نفسياً يحتاج إلى العلاج ويطلب استشارة الأطباء للتوقف عنها نهائياً. والمشكلات المرتبطة بالإثارة الجنسية الذاتية متنوعة، وأكثرها شيوعاً:

أ- أن تعد مرضاً يجب التخلص منه وأنها خطيئة أخلاقية كبيرة تعادل الزنا؛ مما يجعل الشاب أو الشابة عرضة لصراعات نفسية وقلق مستمر، ويحسب بعضهم نفسه مريضاً أو غير أخلاقي مما يؤثر في ثقته بنفسه وتقديره لذاته ويهيئه فيما بعد لحالات اكتئابية أو خجل. وقد يسهم ذلك في اتخاذه سلوكيات جنسية منحرفة وغير مقبولة اجتماعياً أو أخلاقياً في المستقبل. ويتأثر بعضهم ببعض الأفكار الشائعة الخاطئة عن أضرار العادة السرية، كالاعتقاد أنها تؤدي إلى النسيان ونقص التركيز وضعف الجسد والهزال؛ مما يجعله متوتراً وقلقاً ويزيد في مشاعر النقص التي يحملها عن نفسه مما يؤثر في أدائه الدراسي أو العملي أو الاجتماعي.

ب- الإكثار من العادة السرية وممارستها عدة مرات في اليوم الواحد، ويدل ذلك على التوتر والقلق وعلى درجة من الإحباط وتعكر المزاج، إذ تقوم اللذة الجنسية هنا بدور علاج لهذه الحالات المزاجية السلبية من خلال اللذة المؤقتة. ومن المفهوم أن اللذة الجنسية قد تعدل المزاج وتحسنه وهذا معروف في كل المجتمعات؛ إذ تزيد الممارسات الجنسية بين

الأزواج في أوقات الشدة والضغوط والأزمات الاجتماعية والمهنية والحياتية المتنوعة، ولكنها في حالات الشباب والمراهقين قد تؤدي إلى نقص المهارات في التعامل مع الحالات المزاجية السلبية، وإلى نقص في تطوير القدرات الذاتية والاجتماعية وإلى الانكفاء على النفس والعزلة. وفي عدد من الحالات الاكتئابية أو القلق العام التي تصيب الشباب وتترافق مع الإكثار من العادة السرية يتبين أنها تتطلب العلاج الطبي النفسي والدوائي الذي يهدف إلى السيطرة على القلق أو الاكتئاب أو التخفيف من أعراضهما.

ج- الخيالات الجنسية المنحرفة التي قد ترافق العادة السرية، مثل الخيالات الجنسية المثلية والخيالات الجنسية المرتبطة بالأطفال، والخيالات الجنسية المرتبطة بالمحارم من الأهل، والخيالات السادية أو المازوخية أو التعلق بأشياء ورموز غير جنسية أو غير جسدية كالتعلق بالأقدام أو الألبسة الداخلية وغير ذلك، وفي هذه الحالات لابد من التوضيح أن الخيالات الجنسية عموماً قد تكون غريبة وعجيبة ومتنوعة على نحو كبير، ولا يسهل التحكم بهذه الخيالات وبظهورها، ولكنها تبقى خيالات ذاتية وشخصية وسرية في العالم الشخصي للفرد، ويبقى المهم والأساسي ضبط الخيالات وعدم ممارستها في الواقع العملي، وقد تكون كل هذه الخيالات عابرة ومؤقتة ولا تتكرر كثيراً، ولا يعني حدوثها أن الشاب قد أصبح منحرفاً أو مريضاً. وقد تتثبت في بعض الحالات مثل هذه الخيالات المنحرفة مما يطرح ضرورة العلاج النفسي الجنسي مبكراً.

د- الأوهام والأساطير المرتبطة بالأداء الجنسي العام التي ترافق ممارسة الإثارة الجنسية الذاتية (العادة السرية) مثل أهمية الجاذبية الجنسية وجمال الوجه والجسد، وأهمية حجم القضيب عند الذكر، ودرجة الانتصاب وشدته، وعدد مرات الوصول إلى الرعشة الجنسية في اللقاء الواحد، وأهمية الوصول إلى الرعشة الجنسية في الوقت نفسه بين الزوجين، وغير ذلك، وتسهم هذه الأوهام في نشوء الاضطرابات الجنسية المتنوعة كضعف الانتصاب وعدم الثقة بالنفس من النواحي الجنسية وضعف الرغبة الجنسية في الجنسين والمخاوف الجنسية المتعددة وقلق الأداء الجنسي، والانحرافات الجنسية، وغير ذلك. وهي تسهم أيضاً في نشوء اضطرابات نفسية متعددة مثل القلق والاكتئاب والرهاب الاجتماعي وغيره، إضافة إلى إسهامها في نشوء اضطرابات الشخصية واضطرابات التكيف الاجتماعي والنفسي، ولابد من تعديل هذه الأوهام والأفكار الخاطئة الشائعة بالاطلاع والتعلم، أو باستشارة الاختصاصيين في الطب الجنسي أو النفسي.

أخيراً لابد من الإشارة إلى أن بعض الشخصيات المنحرفة أو الجانحة قد تمارس العادة السرية على نحو علني أو بإشراك أشخاص آخرين، وهذا طبعاً سلوك منحرف يحتاج إلى العقاب والضبط، كما أن بعض حالات الفصام المبكرة قد ترافق الإكثار من العادة السرية بسبب اضطراب التفكير أو غرابته أو العزلة الاجتماعية. وفي حالات التخلف العقلي بمختلف درجاته تكثر ممارسة الإثارة الجنسية الذاتية على نحو متكرر أو على نحو فاضح من دون الانتباه إلى وجود الآخرين؛ مما يستوجب التوجيه والتدريب والضبط المتناسب مع هذه الحالات.

خلاصة:

أصبحت المكتبة العربية في الوقت الحالي غنية بمؤلفات جادة تثقيفية في القضايا الجنسية، وكثير من المؤلفين هم من الأطباء الاختصاصيين، كما تحتوي المجلات الطبية المتنوعة على موضوعات تثقيفية جنسية مفيدة، وكذلك القنوات الفضائية المختصة ببرامج جادة أو حوارية أو تعليمية وكذلك مواقع الإنترنت الجادة. ولكن يتبين على نحو عملي أن المصادر الشائعة للثقافة الجنسية تعتمد على نحو واضح على الأفلام والصور الإباحية أو نصف الإباحية في أفلام السينما والفيديو التي تهدف أساساً إلى الإثارة والربح، وهي ممنوعة بنسب متفاوتة في معظم المجتمعات، ولكنها تبقى مصدراً خطراً للثقافة الجنسية.

ولابد من الإشارة هنا إلى أن الجهل والتخويف قد يؤديان إلى مشكلات متنوعة جنسية واجتماعية وأخلاقية، وأن المعرفة تخفف من القلق وتساعد على الضبط وفهم الطفل أو المراهق لنفسه وأعضائه، ويمكن أن تجنبه أمراضاً ومشكلات كثيرة. ولابد للمجتمع من طرح موضوعات الثقافة الجنسية الصحية المتنوعة وإغنائها، وموضوعات الملل الجنسي بين الأزواج وكيفية التعامل معه، وموضوعات الإيذاء الجنسي ومشكلاته، وغير ذلك من الموضوعات، مما يسهم في رفع مستوى الوعي العام الأسري والتربوي والنفسي في المجتمع الكبير، وعند الأطفال والمراهقين والشباب أنفسهم، بغية الحد من المشكلات الجنسية والنفسية المتعددة من دون مبالغة أو إهمال.

٤- الإيذاء الجنسي للأطفال:

إيذاء الأطفال جنسياً (ذكوراً أو إناثاً) ظاهرة ليست نادرة، وهي ظاهرة مغلقة ومقلقة يلفها الصمت والحذر والكتمان،

وهي تصدم الذوق العام والحس السليم، يختلف "الإيذاء الجنسي" عن "اللعب الجنسي" بين الأطفال أنفسهم في أعمار متقاربة، وهو لا يعد من الناحية النفسية والقانونية إيذاءً مع أنه يسبب قلقاً وانزعاجاً للأهل، ويحتاج طبعاً إلى الضبط والتعديل، ولكنه ليس سلوكاً خطراً إذا كان عابراً.

والإيذاء الجنسي للأطفال يشمل ممارسة عدد من السلوكيات بين البالغ والطفل، مثل التحرش الجنسي بالطفل بملامسته أو مداعبته أو إجباره على ملامسة المتحرش به ومداعبته، وقد يصل الإيذاء الجنسي إلى علاقة جنسية كاملة مع الطفل أو الطفلة. وتستخدم عادة أساليب التودد والترغيب والملاطفة للطفل للوصول إلى التحرش والممارسة الجنسية، مثل إعطاء الهدايا والنقود وغير ذلك، كما تستخدم أساليب الترهيب والتهديد والإجبار المتنوعة، ويستعمل المعتدي أسلوب التخويف والتهديد بالانتقام للتأثير في الطفل ومنعه من إفشاء السر والكشف عن الاعتداء للأهل والآخرين. وتدل الدراسات الغربية على أن نسبة كبيرة من المعتدين على الأطفال هم من الأشخاص الذين يعرفون الطفل مثل الأهل (أب، أخ، عم، خال، زوج الأم، وغيرهم) ويسمى ذلك "زنى المحارم أو سفاح القربى"، وكذلك من الجيران وأصدقاء الأسرة والعاملين في المنزل، وهو ما يسهل للمعتدي التقرب من الطفل وإيذاءه، والنسب الأقل من حالات الإيذاء تحدث مع الغرباء عن الطفل. وفي بعض الإحصائيات العربية تتقارب نسب المعتدين من الأقارب والغرباء وقد تزيد نسبة الغرباء، ولا يمكن الاعتداد بهذا على أنه حقيقة واقعية بسبب التكتم الشديد المرتبط بحالات الإيذاء من قبل الأهل وصعوبة الكشف عنها واكتشافها.

تزداد نسبة تعرض الفتيات للإيذاء في سن ٤-٥ سنوات، وتستمر الزيادة إلى سن البلوغ وما بعده، ويزداد إيذاء الأطفال الذكور في بعض البيئات الصحراوية، وهناك اختلافات متعددة في نسب الحدوث والسن الحرجة وفقاً لبيئة المدينة أو الريف أو البادية أو المجتمع. ويحدث الإيذاء في الأسر الاعتيادية وعندها تحدث ممانعات كبيرة وجهود متنوعة لإخفاء ذلك وإنكاره، ويزداد كشف حالات الإيذاء في البيئات الفقيرة، والأسر المفككة، واليتامى، وفي أوساط المهجرين، وبيئات السكن العشوائي، والمشردين والمتسولين والأطفال العاملين (عمالة الأطفال)، والأطفال المتخلفين عقلياً. وفي الأسرة الواحدة قد يصيب الإيذاء أكثر من طفل، وقد يرتبط الإيذاء الجنسي بالإيذاء الجسدي للطفل نفسه وإخوته أو للأم من قبل الأب أو الأخ.

وتتعدد الأسباب التي تسبب الإيذاء، منها ضعف القيم وعدم ضبط النفس والسلوك الاندفاعي والانحراف والشذوذ النفسي والشخصي، والتعرض للإيذاء في مرحلة الطفولة، وصعوبات التكيف الاجتماعي ونقص المهارات الاجتماعية وضعف القدرة على تكوين الصداقات والتواصل مع الآخرين، وغير ذلك. ويعد إيذاء الأطفال سلوكاً إجرامياً مضاداً للمجتمع ولاسيما إذا كان متكرراً، وتختلف قوانين العقوبات من بلد إلى آخر، والعقوبات على نحو عام شديدة تصل في سورية إلى ١٥ سنة سجناً مع الأشغال الشاقة في بعض الحالات. ويشجع الصمت وخوف الفضيحة على استمرار الجاني بفعلته، ولابد من وجود هيئات اجتماعية ومؤسسات وقوانين تحمي الأطفال الذين يتعرضون للإيذاء الجنسي وترعاهم.

وتشمل ردود الفعل النفسية عند الأطفال بعد حدوث صدمة الإيذاء الجنسي القلق والأرق والشعور بالذنب والبكاء والكوابيس والخوف الشديد وتذكر الصدمة في المرحلة التالية لها مباشرة، وقد تستمر هذه الأعراض أو بعضها فترات زمنية متفاوتة، كما قد تؤدي على المدى البعيد إلى الانعزال والانطواء والابتعاد عن النشاطات الرياضية والاجتماعية والخجل، وقد تؤدي إلى اضطرابات في الشخصية وإلى الاكتئاب والقلق والمخاوف المرضية والرهاب الاجتماعي والاضطرابات الانشقاقية والسلوك الإدماني ومحاولات الانتحار وغير ذلك. وهناك آثار مرتبطة بالسلوك الجنسي مثل الابتعاد عن الجنس وضعف الرغبة الجنسية والبرود الجنسي، والعفة الجنسية الزائدة والابتعاد عن الزواج ورفضه وتأخيره والتذرع بمختلف الحجج لتسويغ ذلك. وفي المقابل قد تؤدي صدمة الإيذاء الجنسي إلى اهتزاز القيم المرتبطة بالجنس وإلى الإباحية الجنسية وتعدد العلاقات الجنسية عند المرأة، وقد تكون صدمة الإيذاء الجنسي عند الرجل مقدمة للشذوذ الجنسي ولاسيما إذا كانت متكررة.

وتزداد الآثار السيئة النفسية والسلوكية المرتبطة بصدمة الإيذاء الجنسي وفقاً لشخصية الطفل والبيئة الخاصة التي ينمو فيها، ووفقاً لشدة الإيذاء وتكراره وظروفه وطريقة التعامل مع الصدمة، ومن الممكن طبعاً تجاوز الصدمة من دون خسائر كبيرة ولكنها تبقى ذكرى مؤلمة ومزعجة لسنوات طويلة، وقد يؤدي الإيذاء الجنسي إلى أضرار جسدية وجروح ونزوف وكسور وأمراض جنسية، وقد يؤدي إلى الموت.

وفيما يلي بعض التوجيهات العامة الوقائية:

أ- ضرورة تثقيف الطفل وإعطائه بعض المعلومات المبسطة حول التحرش الجنسي وتدريبه على التصرف على نحو

ناجح، كأن يصرخ أو يهرب من الموقف، وأن يبتعد عن أماكن الشبهات والأماكن البعيدة مثل سطح المنزل والأماكن المظلمة، وعن الغرباء، وغير ذلك.

ب- تعليم الطفل والطفلة وتشجيعهما على الحديث عن أي سلوكيات مشبوهة قد يتعرضان لها، والتي قد تتطور إلى إيذاء جنسي، ويقي هذا من حدوث الإيذاء قبل وقوعه.

ج- ضرورة أخذ كل حادثة إيذاء بعد وقوعها بحجمها وتفاصيلها من دون تضخيم أو تخفيف، مع تقديم الشروحات والدعم النفسي الكافي من دون إلقاء اللوم على الطفل نفسه، وضرورة معاقبة الطرف المعتدي بالعقاب الذي يستحقه؛ مما يقلل من الآثار السيئة التي قد تنجم عن هذا الإيذاء.

د- ضرورة طرح موضوعات الإيذاء الجنسي ومشكلاته إعلامياً وتربوياً، وضرورة الحديث عن هذه الأمور المؤلمة من دون إخفائها والتستر عليها مما يسهم في رفع مستوى الوعي العام الأسري والتربوي والنفسي في المجتمع الكبير حتى عند الأطفال أنفسهم ضمن إطار منطقي وعملي يسعى إلى الوقاية والعلاج ويسعى إلى الحد من هذه المشكلات من دون مبالغة أو إهمال.

سادساً- الطب النفسي المهني:

المهنة والاضطرابات النفسية المرتبطة بها:

يبدو أن المهنة التي يمارسها الإنسان تؤثر في شخصيته وأساليبه وتفكيره، وتؤثر كذلك في أمراضه واضطراباته الجسدية منها والنفسية. ومن المعروف أن هناك "أمراضاً مهنية" يتعرض لها الأشخاص الذين يمارسون مهنة محددة بنسب تفوق معدلات هذه الأمراض عند عموم الناس؛ فيتعرض العاملون في المواد الكيميائية وعمال المناجم مثلاً لأمراض تنفسية انسدادية وسرطانية واعتلالات في الكبد والكلية والدم وغيرها بسبب الغازات والغبار الذي يتعرضون له في أثناء عملهم، وتزداد الإصابات الجسدية والجروح والخلوع والكسور لدى فئات الرياضيين المحترفين، كما أن هناك إصابات دماغية عصبية خاصة تكثر في الملاكمين punch-drunk syndrome، ويتعرض أطباء الأسنان لإصابة بالتسمم الزئبقي بسبب الحشوات المعدنية amalgam المستعملة يومياً (وأصبحت هذه الحشوات أقل استعمالاً هذه الأيام بسبب مخاطرها المحتملة، واستبدلت بها الحشوات البيض غير المعدنية)، وهناك أمثلة أخرى كثيرة من الأمراض المهنية في المهن الأخرى. والحقيقة أن معدل إصابة الإنسان بمختلف الأمراض الجسدية والنفسية له ارتباطات بعدد من العوامل العامة مثل العمر والجنس والعرق والوراثة، والعوامل البيئية والطبيعية التي يعيش فيها (ريف-مدينة-جبل-ساحل-صحراء)، والبيئة الاجتماعية التي ينتمي إليها (طبقة-مهنة-دين-عادات-تقاليد-ثقافة)، وأخيراً التكوين النفسي والتربوي والشخصي الذي يتميز به. وفي الممارسة الطبية اليومية من الضروري الإلمام بمعلومات عامة عن المريض تشمل النقاط السابقة إضافة إلى المعلومات الخاصة بالمرض؛ مما يسهم في تفهم الحالة المرضية على نحو صحيح، كما يساعد على وضع التشخيص الصحيح السريع.

ملاحظات ودراسات وصعوبات:

يتبين في ميدان الأمراض والاضطرابات النفسية المتنوعة ومدى علاقتها بالمهنة عدد من الملاحظات العامة في الدراسات الغربية حولها. ويمكن القول إن هناك اختلافاً واضحاً في ميدان الطب النفسي عن ميادين الطب الأخرى في موضوع الأسباب المرضية وتحديدها، وما يزال الغموض يكتنف كثيراً من أسباب الاضطرابات النفسية، والنظرة العامة المتوازنة تؤكد وجود عوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية biopsychosocial في ظهور الاضطرابات النفسية وتطورها، وللعوامل البيولوجية والكيمياوية والوراثية شأن حاسم في بعض الاضطرابات، وفي بعضها الآخر تبرز أهمية الأسباب النفسية والاجتماعية في ظهور المرض أو في شدته واستمراريته. ومن المفيد معرفة أهمية العوامل الاجتماعية (ومنها المهنية) في تأثيرها في نسبة حدوث اضطراب نفسي محدد أو شدته أو سيره، مما يفتح المجال لوضع خطط واضحة تسهم في الوقاية من الاضطرابات أو التخفيف من شدتها وآثارها. ومما لاشك فيه أن صعوبات كبيرة تواجهها هذه الدراسات: يعود بعضها إلى صعوبات نظرية وعلمية، ويعود بعضها إلى صراعات اقتصادية واجتماعية تتعلق بتركيبة المجتمع وفئاته ومصالحه المتناقضة، كما أن "الوصمة stigma" السلبية المرتبطة بالاضطرابات النفسية والتي ما تزال واسعة الانتشار في معظم المجتمعات تسهم في صعوبة إجراء الدراسات على أصحاب مهنة محددة لمعرفة مدى صحتهم النفسية واضطراباتهم، إذ يشترط في ممارسة معظم المهن -على نحو صريح أو ضمني- خلو المتقدم للمهنة من أي سجل لأي اضطراب نفسي، ولا يتناسب هذا مع الحياة الواقعية والعملية ومع انتشار الاضطرابات النفسية بمختلف درجاتها وأنواعها.

تفاصيل عن الاضطرابات النفسية والمهن:

دلت عدة دراسات على زيادة نسبة انتشار مرض الفصام

في "الطبقات الاجتماعية المتدنية". وبالتالي في مهن خاصة وأعمال ذات مردود مالي أقل مقارنة بين المرضى وآبائهم، ولا يعني هذا أن الفقر يسبب الفصام. بل إن المرض نفسه يؤدي إلى تدهور الشخصية وقدراتها وطموحها مما يجعل المرضى المصابين يتدهورون في السلم الاجتماعي والمهني. ومن جهة أخرى قد تسهم الحوادث الحياتية - ومنها الفقر والبطالة والخسائر المادية - في ظهور الفصام عند من يحمل استعدادات عضوية أو كيميائية أو وراثية. أو أنها تسهم في انتكاسة المرض أو إزمانه. وينتشر اضطراب المزاج ثنائي القطب في الطبقات الاجتماعية العليا، مثل التجار ورجال الأعمال وغيرهم، وقد يكون ذلك بسبب ازدياد النشاط والتفاؤل والطموح وروح المغامرة والثقة بالنفس والسلوك الاجتماعي الواسع الذي يميز بعض مراحل هذا الاضطراب ولاسيما الدرجات الخفيفة منه. ويرتبط الانتحار بالطبقات الاجتماعية المتدنية بنسب مشابهة للطبقات الاجتماعية العليا، ويقل في الطبقات الاجتماعية المتوسطة، ويتبين ذلك من خلال "المهن الموازية لهذه الطبقات". وفي "المهن الطبية" يزداد عدم التوافق الزوجي والطلاق والاكتئاب، وتبلغ نسبة الانتحار أعلاها في الأطباء المختصين بالتخدير، ثم يليهم أطباء العيون ثم الأطباء النفسيون وفقاً لبعض الدراسات. وتتعدد تفسيرات ذلك، منها النصيب الأقل من التقدير والمكافأة الذي يحظى به طبيب التخدير مقارنة مع الطبيب الجراح في العمليات الجراحية الناجحة، مع تحمله العبء الأكبر في العمليات الفاشلة، وفي تفسيرات أخرى أن المواد المستعملة في التخدير قد تزيد في نسبة الاكتئاب في المخدرين. وفي "المهن الأدبية الإبداعية" تزداد نسبة الاضطرابات الاكتئابية على نحو واضح مقارنة مع مجموع السكان، وتشمل هذه المهن كتاب الرواية والقصة والمسرح والشعراء، في حين تتقارب نسبة النوبات الاكتئابية الشديدة لدى العلماء والسياسيين والمؤلفين الموسيقيين والرسامين من النسب العامة للاكتئاب في المجتمع، وتتعدد تفسيرات ذلك؛ منها طبيعة العمل الإبداعي الأدبي نفسه من حيث الحساسية الخاصة التي يمتلكها الكتاب لأشكال المعاناة المختلفة، وتماهيهم مع شخصيات أعمالهم، وتعرضهم لأنواع الإحباط frustration المختلفة، والاستعداد الشخصي وغير ذلك. ويزداد حدوث الهوس وتحت الهوس ودورية المزاج لدى العاملين في المهن الصحفية والإعلامية. وتدل الدراسات على زيادة عدد المصابين بالفصام والإدمان على الكحول وغيره بين المشردين والمتسولين، كما أن المهن اليدوية التي لا تتطلب مهارات خاصة - مثل الرعي والأعمال العضلية المساعدة والأعمال المنزلية - يزداد فيها الأشخاص ذوو الذكاء المنخفض والفصام والاكتئاب. وفي عدد من الدراسات على ربات البيوت تبين أن الاكتئاب لديهن أكثر مقارنة مع النساء اللواتي يعملن خارج المنزل. كما تدل معظم الدراسات الغربية وعدد من الدراسات العربية على أن العمل على نحو عام يسهم في تحسين الصحة النفسية لما يحققه العمل من الاستقلالية وتحقيق الذات وازدياد السيطرة على الحياة والمستقبل من النواحي الاقتصادية والشخصية. وتزداد اضطرابات التحويل الهستريائية والاضطرابات التجسيدية لدى الأشخاص ذوي الثقافة التعليمية المتدنية، وبالتالي في المهن والأعمال الموازية لذلك، ويندر الاضطراب الوسواسي القهري في المهن الأدبية الإبداعية، وقد يزداد في المهن الدينية، ويزداد الاضطراب الضُلالي لدى أسرى الحرب وفي السجون ولاسيما في حالات السجن الانفرادي. وتزداد الجنسية المثلية لدى الرجال الذين يمارسون المهن المرتبطة بميادين عمل المرأة مثل الخياطة وإعداد الطعام وتزيين الشعر وغير ذلك، وأيضاً في نزلاء السجون وطلبة المدارس الداخلية من الجنسين، ويزداد الإدمان على الكحول في "المهن البحرية" التي تتطلب أسفاراً طويلة، ولدى موظفي الفنادق وأماكن اللهو والحانات حيث يتوافر الكحول باستمرار، إضافة إلى عدد من المهن الخطرة والعسكرية وغير ذلك، كما يزداد سوء استعمال المنشطات وإدمانها لدى فئات الطلبة والسائقين وغيرهم. ويزداد التمارض (ادعاء المرض) في المهن العسكرية ولاسيما في أثناء الحروب وفي نزلاء السجون، كما أن "إصابات العمل" في عدد من المهن العضلية والحرفية قد تؤدي إلى اضطراب نفسي يتميز بشكاوى جسدية ونفسية وآلام ترتبط بالإصابة العضوية الأصلية ولكن لا تتناسب معها في شدتها أو إزمانها، ويسمى ذلك "عصاب التعويض compensation neurosis"؛ وهو يرتبط باحتمال الحصول على تعويض مالي بسبب الإصابة الأصلية. وقد يكثر حدوث اضطراب الكرب التالي للرضح في مهن مختلفة بعضها اعتيادية وبعضها من المهن الخطرة والعسكرية. أما القلق والرهابات فواسعة الانتشار في مختلف الفئات والمهن، ومن المؤكد أن العصر الحديث وإيقاعه السريع وتغيراته وقيمه ومشكلاته و"مهنه الشائعة" بظروفها وشروطها ومتطلباتها الخاصة والاجتماعية لها شأن في هذا الانتشار، كما أن الإحباطات والحرمان والصدمات العامة المرتبطة بالمهن المتنوعة لها أثر في حدوث القلق والمخاوف وفي استمرارها،

وهناك طبعاً مهن مهيئة للقلق أكثر من غيرها، وتبقى الأمور نسبية وافتراضية تخمينية، ولا يعني ذلك إهمال بحثها ومحاولة تعديل ما يمكن تعديله وإصلاحه.

وفي مجموعة أخرى من الاضطرابات النفسية هناك الاضطرابات التي تسمى اضطرابات الإحكام (أو التأقلم) adjustment disorders، وهي بالتعريف ناجمة عن سوء التكيف مع ظروف محددة تتميز بالتوتر والشدة (ولكن ضمن حدود متوسطة وليست استثنائية أو نادرة)، ومن الناحية السريرية تطلق هذه الاضطرابات على الشكاوى التي يبديها الأشخاص في ظروف مهنية صعبة، أو حين البدء بعمل ما، أو حين الانتقال إلى ظروف جديدة في مجال العمل أو غيره من العلاقات الزوجية أو الشخصية أو المهنية، ومن المفهوم والواضح أنه كلما زادت صعوبات المهنة وظروفها القاسية زادت هذه الاضطرابات النفسية انتشاراً.

أسئلة أساسية:

وهنا لابد من العودة إلى جوهر العلاقة بين الاضطرابات النفسية والمهنة، حيث تبرز الأسئلة التالية التي تحتاج إلى المزيد من البحث والدراسة:

١- ما شأن "ضغوط المهنة" ودرجة تأثيرها في نشوء الحالات النفسية؟

٢- هل تؤدي المهنة بذاتها وطبيعتها إلى تغير في الشخص الذي يمارسها على نحو يؤدي إلى تكوين أساليب وعادات مرضية في التفكير والانفعال والسلوك؟

٣- هل يحمل الإنسان معه إلى مهنته ميولاً واستعدادات خاصة وصفات في الشخصية تهيؤه فيما بعد إلى ظهور الاضطراب النفسي؟

٤- هل تكمن الحقيقة في مزيج من هذه المحاور الثلاثة السابقة وبدرجات متفاوتة؟

الشخصية والمهنة:

ومن الجوانب الأخرى لموضوع المهنة والاضطرابات النفسية اضطرابات الشخصية المرتبطة بالمهنة، وتدل الملاحظات على أن مهنة "المحاسبة" مثلاً تتطلب الدقة وتطور القدرات الحسابية إضافة إلى الدأب والبرود الانفعالي والتأني، وهكذا يتبين أن صفات الشخصية الوسواسية المرضية يكثر انتشارها في هذه المهن؛ إذ تتضخم الصفات الشخصية الطبيعية على نحو مبالغ فيه لتصل إلى الحدود المرضية. كما أن الموظفين في الأعمال الكتابية المتوالية (والأرشيف) يتميزون بالصفات الوسواسية والإفراط في النظام والترتيب والعناد وضيق الأفق والمتوالية (البيروقراطية). وفي "المهن الإدارية وأرباب الأعمال" تنتشر الشخصية من النمط أ type A personality التي تتميز بالتوتر والحدة الانفعالية والإحساس المفرط بالوقت والطموح الزائد والرغبة بالإنجاز والتنافس الشديد. وفي "الأعمال العسكرية والأمنية" تزداد صفات العدوانية والشدة والمغامرة والاندفاعية والشك. وفي مهنة التمثيل تزداد القدرات والقابلية الإيحائية suggestibility ما يساعد على تقمص الممثل أو الممثلة للدور الذي يقوم به، وتزداد لديهم أيضاً صفات النرجسية وحب الظهور، ومثلهم في ذلك المغنون. وتتطلب المهن العلمية والبحث العلمي درجات من الانطوائية والبرود الانفعالي والتفكير الذاتي والصبر والمثابرة. وفي المهن الرياضية تزداد صفات الاستعراض الجسدي والتنافس والعدوانية والنرجسية.

الشخصية وسوق العمل:

بينت الدراسات أهمية صفات الشخصية وميولها وقدراتها ومدى ملاءمتها لمهنة معينة واستبعاد مهن أخرى لا تلائمها؛ مما أسهم في تطوير قياس الشخصية واختباراتها، وفي ظهور مختصين ومراكز للتوجيه النفسي المهني، وتم تطبيق ذلك بنجاح في سوق العمل والجامعات والمعاهد الفنية وغيرها؛ مما يعني أن ممارسة الشخص لمهنة تتناسب مع قدراته وصفاته تعد أساسية في نجاحه وتكيفه المهني وفي صحته النفسية أيضاً.

والحقيقة أنه نظراً لتغيرات سوق العمل وانتشار البطالة والاضطرار إلى ممارسة أي عمل متوافر واجهت النظريات والدراسات المتعلقة بالشخصية والاضطرابات النفسية والمهنة صعوبات إضافية في فهمها للاستعدادات والقدرات المرضية والتكيفية على حد سواء؛ مما أدى إلى تغير النتائج وتناقضها في بعض الأحيان، مثلاً إن التنقل من مهنة إلى أخرى مع وجود فترات من البطالة أصبح جزءاً طبيعياً ومألوفاً من الصورة العامة للقوانين الاقتصادية السائدة في العصر الحديث، ويحدث ذلك في كثير من الحالات على نحو إلزامي وليس اختيارياً من قبل الفرد، في حين يعد المفهوم النفسي التقليدي أن تغيير المهنة باستمرار يدل على الفصام أو الهوس، أو أنه دليل على وجود صفات الشخصية المضادة للمجتمع.

ضرورة التأسيس للطب النفسي المهني:

وأخيراً لابد من تأكيد ضرورة الاستفادة من قضايا التوجيه المهني النفسي وتطبيقاتها في البلاد العربية، وضرورة دراسة "المهنة" وظروفها وعلاقتها بالاضطرابات

النفسية المتنوعة في الواقع العملي، والاستفادة من الدراسات في هذا المجال من دون تعميمات خاطئة أو متسرعة. ولابد من تعاون المهتمين والمسؤولين في هذا الميدان مع الاختصاصيين من أطباء نفسيين ومختصين في علم النفس الصناعي المهني، إضافة إلى غيرهم من الخبراء والمستشارين من أجل تقديم الخدمات النفسية العلاجية والإرشادية اللازمة والمناسبة، والقيام بإجراء الدراسات والأبحاث والندوات وتبادل المعلومات والخبرات في هذا الميدان المهم. ويبقى هذا المجال حيوياً ومشوقاً ومفتوحاً للمساهمة في تطوير ميدان الطب النفسي المهني والوقائي الذي ما يزال في مرحلة البدايات الأولى.

تعاطي المواد الفعّالة نفسياً

ناظم هارون

لم يكن من قبيل المصادفة مجيء الرأس في مقدمة الجسم، ولم يكن أمراً تلقائياً في الخليقة أن تستقر أداة العقل وهي الدماغ في صندوقٍ حصينٍ من العظم؛ وهي وقاية لم تحظ بها أعضاءٌ أخرى مهمة في جسم الإنسان، فدقّة هذه الأداة ورقّة نسيجها وأهميتها البالغة في حياة الإنسان قد اقتضت هذا التمييز في الخلق. وعلى الرغم من القيمة الكبيرة لهذه الحماية فإنها لم تعصم الدماغ وحصيلته العقل من احتمالات الضرر والعبث الذي قد يأتي عن طريق المؤثرات التي تحملها المستحضرات والعقاقير والمواد الفعّالة نفسياً. يتم في هذا البحث أولاً عرض عموميات تعاطي المواد الفعّالة نفسياً؛ وثانياً خصائص تعاطي أكثر هذه المواد استخداماً، وهي: الكحول، الأفيونيات، القنبيات، المهدّئات أو المنوّمات، الكوكائين، الأمفيتامينات، الكافيين، المهلِسات، النيكوتين، المذيبات الطيارة.

تعاطي المواد الفعّالة نفسياً:

يعد تعاطي المواد الفعّالة نفسياً psychoactive substances موضوعاً بالغ الأهمية، ليس لأنه كان أقدم الوسائل التي طرقها الإنسان للتأثير في حياته العقلية واستمر في ذلك ومن دون انقطاع عبر تاريخه الطويل، وإنما لما يُشاهد في هذا العصر من انجراف لا نظير له نحو تعاطي مختلف المواد والمستحضرات المؤثرة في العقل إلى الحد الذي أصبح فيه حجم تعاطي هذه المواد يهدد سلامة العقل الإنساني وما يرتبط بالعمليات العقلية من أوجه الحياة الإنسانية الأخرى من صحية واجتماعية واقتصادية وحضارية وأخلاقية وإبداعية.

وتمثّل ظاهرة تعاطي المواد الفعّالة نفسياً وإدمانها واحدة من أخطر التحديات المعاصرة التي تهدد أمن المجتمعات واستقرارها وتقضي على كيانها الاقتصادي والاجتماعي والثقافي والسياسي، وهي ليست مشكلة محليّة تقتصر على بلد دون آخر وإنما آفة عالمية متعددة الجوانب وتختلف مظاهر خطرها من دولةٍ إلى أُخرى؛ إذ تعاني بعض الدول زراعة المخدرات وتعاني دول أُخرى الاتجار غير المشروع؛ في حين تعاني غيرها مشاكل التعاطي وعبء المعالجة.

ومع الجهود المحلية والعالمية التي تبذل في مواجهة هذه المشكلة ضمن الاهتمام العام بصحة الفرد والمجتمع؛ ومع الدراسات المتعددة لمعرفة الأسباب والدوافع الحقيقية لهذا المرض؛ فإن العالم ما يزال يعانيه وما تزال أعداد المدمنين في تزايدٍ مستمر، فقد أشار تقرير لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC) إلى أن شخصاً واحداً من كل عشرين شخصاً تراوحت أعمارهم بين ١٥-٦٤ عاماً قد جرب تعاطي المخدرات مرة واحدة على الأقل في الأشهر الاثني عشر الماضية، وأن متعاطي المخدرات ذوي الحالات المستعصية (الأشخاص شديدو الارتهان للمخدرات) يعادلون أقل من عشر هذه النسبة المئوية؛ إذ يقدّر عددهم بـ ٢٦ مليون شخصاً؛ أي حوالي ٠,٦٪ من سكان الكرة الأرضية البالغين سن الرشد.

مصطلحات أساسية:

تقوم المصطلحات في مجالات الفكر والحديث العلمي بما لا يختلف عمّا تقوم به النقود في مجال الحياة الاقتصادية للمجتمع؛ فالمصطلحات هي الأداة الرئيسة للتعامل داخل المؤسسات العلمية، ولذلك من الضروري ضبط المصطلحات المتعلقة بالمواد الفعّالة نفسيّاً لكي يضمن الجميع سلامة المهام التي يقومون بها سواء كانت طبية أم تشريعية أم قضائية، ومن أهم المصطلحات التي يسود استخدامها في ميدان الحديث عن المخدرات والمواد الفعالة نفسيا ما يلي:

١- الإدمان addiction: يعرّف الإدمان بحسب منظمة الصحة العالمية (WHO) بأنه حالة نفسية أو عضوية تنتج من تفاعل العقار في جسم الكائن الحي وينتج من ذلك أنماط سلوكية واستجابات مختلفة تشمل الرغبة في التعاطي والحاجة إلى زيادة الجرعة بغية الإحساس بالآثار النفسية المطلوبة. وقد استخدم مصطلح الإدمان للدلالة على حالات استعمال المواد إلى درجة عدم مقدرة الفرد على التخلي عن تناولها حتى عام ١٩٦٤ حين استبدل به في تلك السنة من قبل منظمة الصحة العالمية مصطلح الاعتماد أو مصطلح التعاطي الضار.

٢- التعاطي الضار harmful use: هو مكافئ لمصطلح المعاقرة أو سوء الاستخدام abuse، ويقصد به استعمال مادة أو مستحضر من قبل شخص ما استعمالاً غير مشروع، ويشمل ذلك المواد والعقاقير المحظور تناولها إلا بوصفة طبية؛ سواء استخدمت لأغراض غير طبية؛ أم إذا تم تناول الموصوف منها بجُرع تزيد عما هو مقرر أو مدة زمنية أطول

مما أوصى به الطبيب. وبحسب الطبعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) فإن التعاطي الضار هو نمط من تعاطي مادة فعّالة نفسياً يسبب ضرراً صحياً؛ وقد يكون هذا الضرر الصحي جسدياً (كما في حالات التهاب الكبد الناجمة عن التعاطي الذاتي للعقاقير بالحقن) أو نفسياً (مثل هجمات الاضطراب الاكتئابي الثانوية التالية للإفراط في شرب الكحول).

٣- **الاعتماد dependence**: استبدلت منظمة الصحة العالمية بمصطلح الإدمان (الأكثر شيوعاً واستعمالاً) مصطلح الاعتماد، وبهذا يكون تعريف الاعتماد هو نفسه تعريف الإدمان. وبحسب الطبعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) فإنّ الميزة الوصفية الرئيسية لمتلازمة الاعتماد هي الرغبة (القوية غالباً والجارفة أحياناً) في تعاطي المواد الفعالة نفسياً. ويؤكد **تشخيص وجود الاعتماد إذا شعر المريض أو أبدى ثلاثاً أو أكثر من الظواهر التالية** في أي وقت خلال السنة الماضية:

أ- رغبة قوية أو شعوراً قوياً بالاضطرار إلى تعاطي المادة الفعالة نفسياً.

ب- صعوبة التحكم في سلوك تعاطي المادة الفعالة نفسياً سواء من حيث الشروع فيه أو الانصراف عنه أم من حيث التحكم بكمية التعاطي.

ج- حدوث حالة امتناع فيزيولوجية حين التوقف عن استعمال المادة الفعالة نفسياً أو عند إنقاص كميتها.

د- توافر دليل على بلوغ المتعاطي درجة التحمل؛ كالاضطرار إلى استعمال جرعات متزايدة من المادة الفعالة نفسياً لإحداث تأثيرات كانت تكفي لإحداثها قبل ذلك جرعات أقل.

هـ- الانصراف على نحو مترقٍ عن وسائل المتعة بسبب تعاطي المادة الفعالة نفسياً، أو زيادة الوقت اللازم للحصول عليها، أو اللجوء إلى تعاطيها بهدف الشفاء من آثار سحبها.

و- الإصرار على تعاطي المادة الفعالة نفسياً على الرغم من الشواهد الواضحة على عواقبها الوخيمة الجسدية أو النفسية.

وقد يكون الاعتماد نفسياً أو جسدياً. والاعتماد النفسي هو تعاطي المادة الفعّالة نفسياً لما تسببه من شعور بالارتياح النفسي والعاطفي؛ أي إن الشخص يتناول المادة لتجنب حالة خلل المزاج dysthymia والتوتر الناجم عن عدم تناول المادة، والاعتماد الجسدي هو تناول المادة الفعالة نفسياً للإبقاء على وظائف الجسم على نحو طبيعي؛ أي إن الشخص يتناول المادة لتجنب حالة الامتناع وما يرافقها من أعراض جسدية مزعجة نتيجة عدم تناول المادة.

٤- **المخدرات narcotics**: هي كل المواد الطبيعية أو المستحضرة في المصانع التي تؤدي إلى حالة إدمان تضر بالصحة الجسدية والنفسية للفرد وللمجتمع إذا ما استخدمت في غير أغراضها الطبية أو الصناعية. أما من الناحية القانونية فالمخدرات هي مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان ويحظر تداولها أو تصنيعها إلاّ لأغراض يحددها القانون. يستخدم هذا المصطلح حين الإشارة إلى المواد المحرمة قانونياً في الاتفاقية الدولية المعروفة باسم الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١، أما في الطبعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) فقد أُسقط مصطلح "مخدرات" واستعيض عنه بمصطلح "المواد الفعالة نفسياً".

٥- **المواد الفعّالة نفسياً**: هي مواد أو عقاقير أو مستحضرات إذا ما تناولها الفرد أو دخلت إلى جسمه عن طريق ما؛ فإنها تحدث تغيراً في وعيه أو في حالته العقلية والنفسية أو في سلوكه أو في جميع ذلك، ويتنوع تأثير المواد الفعالة نفسياً؛ فقد يكون منشطاً أو مثبطاً أو مهلوساً... إلخ.

أما مصطلح تعاطي المواد الفعّالة نفسياً فيشير إلى تناول مادة فعالة نفسياً تناولاً متكرراً على نحو يؤدي إلى الإضرار جسدياً أو نفسياً بمتعاطيها أو بالمجتمع.

٦- **الانسمام الحاد acute intoxication**: هو حالة عابرة أو مؤقتة تعقب تعاطي مادة فعالة نفسياً وتؤدي إلى اضطراب في مستوى الوعي أو المعرفة أو الإدراك أو الوجدان أو السلوك أو غيرها من الوظائف الفيزيولوجية أو النفسية، وتتناسب شدة الانسمام الحاد عادةً تناسباً وثيقاً ومستوى جرعة المادة المتناولة، وتخف شدة الانسمام تدريجياً بمضي الوقت لتختفي آثاره بعد فترة من الوقت إذا لم يتم تناول المادة مرة أخرى؛ لذلك يكون الشفاء كاملاً إلا إذا حدث تلف الأنسجة أو ظهرت مضاعفات أخرى.

٧- **التحمل tolerance**: هو انخفاض واضح في تأثير المادة الفعالة نفسياً ينجم عن تكرار تعاطي هذه المادة بالجرعة ذاتها، أو هو الحاجة إلى زيادة جرعة المادة الفعالة نفسياً من أجل الوصول إلى التأثير المرغوب الذي كان يوصل إليه في السابق بجرعة أقل. والتحمل المتصالب cross-tolerance هو تحمل عقار إذا كان الشخص معتمداً على عقار آخر له تأثيرات مشابهة في جسم الإنسان، مثال ذلك ازدياد تحمل الشخص المعتمد على الكحول للمهدئات أيضاً، والعكس صحيح.

٨- **حالة الامتناع withdrawal state**: هي مجموعة من الأعراض والعلامات الجسدية والنفسية تحدث حين التوقف التام أو الجزئي عن تعاطي مادة فعّالة نفسياً عند شخص كان يكرر استعمال تلك المادة مدة طويلة أو بجرعات كبيرة. ولحالة الامتناع بدء ومسار زمني محددان يتعلقان بنوع المادة وبجرعاتها التي كانت تستعمل قبل الامتناع مباشرة، وتعد حالة الامتناع إحدى الدلائل على وجود حالة الاعتماد. وتختلف الأعراض الجسدية وشدتها باختلاف المادة المستعملة، ومن الشائع في حالات الامتناع حدوث اضطرابات نفسية مثل القلق والاكتئاب واضطرابات النوم.

الأسباب والإمراض:

ينجم الاعتماد على المواد الفعّالة نفسياً عن عوامل عديدة. تحدد التأثيرات الخاصة بكل مادة على نحو أولي فيما إذا كان استخدام هذه المادة سوف يتطور نحو الاعتماد أم لا، ولكن وعلى الرغم من الأهمية الكبيرة لتأثيرات المادة المأخوذة؛ فإنّ الأشخاص المعتمدين على مادة ما لا يتأثرون بها بالطريقة ذاتها وليس لديهم الأسباب والعوامل ذاتها التي تدفعهم إلى تعاطيها. يضاف إلى ذلك أنّ توافر المواد ومدى تقبلها اجتماعياً والكروب الحياتية تعد من المسبّبات البالغة الأهمية في التجربة الأولى للمادة، أما العوامل الأُخرى كالشخصيّة والبيولوجيا الفردية فهي أكثر أهمية في كيفية إدراك تأثيرات المادة ومدى إحداث تغيرات الجملة العصبية المركزية حين تكرار تعاطي هذه المادة. وقد أكّدت الدراسات أنّ الإدمان هو مرض دماغي؛ إذ إنّ العمليات المهمة التي تحول سلوك تعاطي المادة الطوعي إلى سلوك تعاطي قهري هي تغيرات في بنية النواقل العصبيّة الكيميائية في أجزاء محددة من الدماغ، وبالتالي فإنّ طبيعة الإدمان هي أكثر من معقدة وتتطلب تفاعل عوامل متعددة منها ما يتعلق بالشخص؛ ومنها ما يتعلق بالمادة؛ ومنها ما يتعلق بالبيئة المحيطة.

١- العوامل المتعلقة بالشخص:

أ- العوامل الوراثية: أظهرت دراسات عائلات معينة ودراسات التوائم ودراسات أطفال التبني أنّ الاعتماد على المواد الفعالة نفسياً هو من الاضطرابات المعقدة التي يساهم في حدوثها تأثر جينات متعددة؛ فقد يؤثر التعرض للمواد في شخص يتمتع بقابلية وراثية للاعتماد تأثيراً أكبر بكثير من تأثيره في شخص آخر لا يتمتع بهذه القابلية، وهنالك براهين قوية على وجود أساس وراثي للاعتماد الكحولي، وبراهين أقل قوة على وجود الأساس الوراثي لحدوث الأنماط الأُخرى من تعاطي المواد.

ب- العوامل العصبية الكيميائية: باستثناء الكحول حدد الباحثون نواقل عصبية معينة ومستقبلات للنواقل العصبية لها علاقة بسوء استخدام المواد والاعتماد عليها. وبحسب نظرية التكيف العصبي فإن الجهاز العصبي يتمتع في الحالة الطبيعية بحالة توازن، وإن تناول مادة خارجية يُخل بهذا التوازن ويسبب تغيرات في بنية النواقل والمستقبلات العصبية ومواد الخلايا العصبية المركزية ووظائفها كي تتكيّف مع الوضع الجديد للتعامل مع مواد غريبة أو إضافية، وهذا التغيّر إذا طال أمده بسبب الاستمرار بتعاطي المادة فإنّه يجعل من تناول هذه المادة ضرورة للإبقاء على وضع التكيّف الجديد؛ وكأنّ المادة الجديدة تصبح من المتطلبات الأساسية للخلايا العصبيّة ووظائفها، والتوقف عن تعاطيها يؤدي إلى الإخلال بعملية التوازن العصبي الجديدة وظهور أعراض حالة الامتناع. ومع أنّ لكل مادة من المواد الفعّالة نفسياً آلية تأثير أوليّة خاصّة بها؛ فإن معظم هذه المواد تُنشط ما يُدعى "دارة المكافأة الدوبامينية"، وهي السبيل الدوباميني من المنطقة السقيفية البطنية ventral tegmental area إلى قشر الدماغ والجهاز الحوفي. تؤدي زيادة تحرير الدوبامين في دارة المكافأة الدوبامينية إلى تعزيز سلوك تعاطي المادة، ويعد ذلك أهم العوامل المسهمة في نشوء الاعتماد.

ج- العوامل النفسيّة: تعد نظريات التحليل النفسي المدرسية (الكلاسيكية) تعاطي المواد الفعّالة نفسياً هو نتيجة الحاجة للحصول على اللذة، أو هو دفاع ضد القلق الناجم عن صراعات نفسية، أو هو تعبير عن نكوص إلى المرحلة الفموية. أما النظريات النفسيّة الدينامية الحديثة فتربط بين تعاطي المواد واضطراب وظيفة الأنا (أي عدم القدرة على التعامل مع الواقع)؛ إذ يشير هذا التعاطي إلى فقدان الحب والثقة وضعف تواصل المتعاطي مع الآخرين، فالخبرات المتراكمة من الكَفّ (الكبت) والإحباط تؤدي إلى خلق تشاؤم واغتراب وعدم الثقة بالسلطة ابتداءً من الوالدين بوصفهما المصدر الأول للإشباع والحماية؛ ثم تعميم ذلك على السلطة عموماً بوصفها مصدر إشباع حاجات الفرد، وإنّ هذه الحالة من عدم الثقة والخوف والتشاؤم وسوء التواصل قد تنتهي بالفرد إلى التماس الإشباع عن طريق تعاطي المواد الفعّالة نفسياً أو إلى تبني أشكال أخرى من السلبية وعدم الاكتراث.

د- أما النظرية السلوكية فتعد الاستمرار بتعاطي المادة هو بهدف الشعور بالنشوة والانطلاق النفسي والتمتع بجو التعاطي (تعزيز إيجابي)، أو هو بغية إنهاء معاناة الفرد من

الألم والقلق والخوف والاكتئاب وغيرها من أعراض حالة الامتناع (تعزيز سلبي)، ويختلف تأثير هذا النوع من التَعَلُم [ر. المعالجات في الطب النفسي] في نشوء حالة الاعتماد بين الأشخاص: فبعضهم أكثر استعداداً لعمليات التعلم من بعض وبالتالي أسرع في تكوين حالة الاعتماد، وكلما صغر عمر المتعاطي زاد استعداده للتعلم.

هـ- الأمراض النفسية: يزداد احتمال تعاطي المواد الفعّالة نفسياً عند المصابين باضطرابات نفسيّة، وهناك عدة فرضيّات لتفسير هذه المراضة المشتركة، منها وجود أساس بيولوجي مشترك لكلتا الحالتين، أو أن تعاطي المواد الفعّالة نفسيّاً يسبب أعراضاً تقلّدُ أعراض بعض الاضطرابات النفسيّة، أو أن تعاطي المواد الفعّالة نفسيّاً يخفف بعض أعراض الاضطراب النفسي أو يخفف من التأثيرات الجانبية للأدوية فيُستخدم الكحول مثلاً لمعالجة نوب الهلع، والأفيونيات لتخفيف الغضب، والأمفيتامينات لتحسين الاكتئاب.

٢- العوامل المتعلقة بالمادة الفعّالة نفسياً:

أ- توافر المادة: يعتمد توافر المواد الفعالة نفسياً أو منعها في أي مجتمع على عوامل عدة أهمها:

- **التوافر الطبيعي أو الصناعي:** المناطق التي تتوافر فيها المواد الطبيعية أو الصناعية هي أكثر احتمالاً لإقبال سكانها على تناول هذه المواد وبالتالي إساءة استخدامها والاعتماد عليها.
- **النقل والمتاجرة:** يزداد توافر المواد الفعالة نفسياً ومعاقرتها كلما ضعفت المراقبة على عمليات نقلها والمتاجرة بها وتصريفها.
- **الثمن والواقع الاقتصادي:** لثمن المواد الفعالة نفسياً مقارنة بالواقع الاقتصادي شأن مهم في مدى معاقرة هذه المواد في أي مجتمع: فكلما ارتفع ثمن المادة كلما تعذر تناولها وإساءة استعمالها، لذلك تلجأ الحكومات أحياناً إلى زيادة الضرائب على المواد المشروعة قانونياً (مثل الكحول والتبغ) في محاولة للحد من انتشارها بين الجزء الأكبر من السكان.
- **الموقف الاجتماعي:** يعتمد مدى توافر أي مادة فعالة نفسياً ودرجة الإقبال على تعاطيها وإساءة استخدامها على نظرة المجتمع الذي ينتمي إليه الشخص ومواقفه حول تناول تلك المادة.
- **القوانين والتشريعات:** تسهم في الحد من انتشار المواد الفعالة نفسياً ومن إساءة استعمالها.

ب- خصائص المادة: لبعض المواد الفعّالة نفسيّاً كمون إدماني قوي (مثل الهيروئين) فهي لذلك ذات potential إمكانية قوية في إحداث الاعتماد. كما أنّ تعاطي بعض المواد الخفيفة التأثير يدفع الشخص إلى تعاطي مواد أُخرى أكثر خطورة (مثلاً قد يكون تدخين التبغ الخطوة الأولى نحو تدخين الحشيش)، وتسهل معاقرة المواد التي يتم تعاطيها عن طريق الفم أو الشم؛ في حين تقل فرص معاقرة المواد التي يتم تعاطيها بطريق الحقن.

٣- العوامل المتعلقة بالبيئة:

للعوامل البيئية شأن مهم في تكوين الاستعداد للسلوك الإدماني: إذ يعدّ الإدمان على نحو عام وسيلة للتعامل أو للتهرب من كروب ناجمة عن:

أ- عوامل سياسية: يعد الاضطهاد الخارجي والظروف السياسية الداخلية وما يرتبط بها من تخلف وفساد في النُظُم الاقتصادية والعلاقات الاجتماعية وضيق هامش الحرية للإبداع والإنتاج من أهم العوامل والظروف التي تساعد على انتشار تعاطي المواد الفعّالة نفسياً.

ب- عوامل اقتصادية واجتماعية: على الرغم من عدم وجود فئة اجتماعية خالية من التعاطي فإن التعاطي يشيع في أوساط الطبقات الدنيا في المجتمع أكثر من غيرها، فالعمل غير المستقر والسكن السيئ والحرمان من الحاجات المادية الأساسية؛ إضافة إلى القوانين العامة والعادات والتقاليد؛ تشكل حواجز شديدة أمام حركة أفراد هذه الطبقة لتحقيق أهدافهم وإشباع حاجاتهم، ممّا يؤدي إلى الشعور بالإحباط والقلق والتوتّر والعجز واليأس وإلى اتخاذ أنماط أخرى من السلوك البديل وغير السويّ.

ج- عوامل عائلية: تعد فترة الطفولة أهم فترة في حياة الشخص وأخطرها، ويؤدي عدم تلبية حاجات الطفل في الوقت المناسب وبالتسلسل الملائم في مراحل تطوّر الطفل إلى البحث عن أنواع أخرى من السلوك التعويضي البديل وغير السويّ. وقد أشارت دراساتٌ عديدةٌ إلى أن الشباب الذين يعيشون في أسر مفككة هم أكثر تعرضاً لاحتمال تعاطي المواد الفعّالة نفسيّاً. ومن أهم العوامل المؤدية إلى تفكك الأسرة الطلاق أو وفاة أحد الوالدين أو غياب الأب المتكرر عن المنزل أو عدم الاستقرار في العلاقة الزوجية. كما أنّ تعاطي أحد أفراد الأسرة أو الأقارب للمواد يعد من العوامل المهمة لتعاطيها من قبل الشباب. ويزداد احتمال حدوث التعاطي أيضاً حين تكون العلاقة بين الآباء والأبناء قائمة على التسيّب والإهمال؛ في حين يقلّ الاحتمال حين تكون العلاقة قائمة على الحب والتوجيه الإيجابي.

د- الأصدقاء ورفاق السوء: أشارت دراسات عديدة إلى أن

للأصدقاء والأصحاب شأناً كبيراً في التأثير في سلوك التعاطي؛ فلكي يبقى الشاب عضواً في جماعة الأصدقاء يجب عليه أن يسايرهم في عاداتهم واتجاهاتهم فتصبح مجاراة الأصدقاء عاملاً أساسياً في التعاطي وعاملاً مهماً في فشل العلاج بدفع الشخص مرة أخرى إلى العودة إلى التعاطي.

المراضة المرافقة comorbidity:

المراضة المرافقة هي تشارك حدوث اضطرابين أو أكثر من الاضطرابات النفسيَة في الشخص الواحد، وقد تبيَن في دراستين وبائيتين كبيرتين انَ الأشخاص الذين يحققون معايير سوء الاستخدام والاعتماد على المواد الفعّالة نفسياً (باستثناء الاعتماد على التبغ) هم أكثر احتمالاً لتحقيق معايير اضطراب نفسي آخر وأكثر ميلاً إلى البحث عن العلاج. كما أظهرت دراسات متنوعة أن نسبة ٣٥-٦٠٪ من الأشخاص الذين لديهم سوء استخدام واعتماد على مادة يحققون المعايير التشخيصية لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، ولدى هؤلاء الأشخاص ميل أكثر إلى تعاطي مواد غير مشروعة والإصابة بالاضطرابات النفسيَة ويميل إلى الاندفاعية والانعزال. وتشيع الأعراض الاكتئابية في الأشخاص الذين يتعاطون مواد فعّالة نفسياً؛ فنحو ثلث إلى نصف الذين يتعاطون الأفيونيات و٤٠٪ من الذين يتعاطون الكحول يحققون معايير اضطراب الاكتئاب الجسيم في وقت ما من حياتهم. كما يضاعف تعاطي المواد الفعالة نفسياً خطر الانتحار بنحو عشرين ضعفاً عن خطر الانتحار في جماهير العامة، ويُقدر أنّ ١٥٪ من الأشخاص الذين لديهم سوء استخدام أو اعتماد على الكحول قد اقترفوا الانتحار.

التشخيص:

من الضروري تشخيص تعاطي المواد الفعّالة نفسياً مبكراً وفي مرحلة يكون فيها الاعتماد أقل رسوخاً والسلوك الإدماني أقل ثباتاً.

١- العلامات السريرية والسلوكية: هناك الكثير من العلامات التي تشير إلى احتمال التعاطي عند شخص ما، أهمها:

- ظهور آثار على اليدين والذراعين والأرجل والعنق نتيجة الوخز بالإبر.
- ارتداء ملابس ذات أكمام طويلة حتى في الجو الحار لإخفاء آثار الحقن.
- ارتداء نظارات شمسية لإخفاء احمرار العين الناجم عن التعاطي.
- ظهور آثار حروق على الأصابع والملابس والأثاث داخل المنزل.
- العطاس المستمر وكثرة التثاؤب.
- النعاس والميل إلى النوم باستمرار الناجم عن تعاطي المثبطات .
- زيادة النشاط الجسدي الناجم عن تعاطي المنشطات.
- اضطراب الطعام.
- التأخر عن أوقات العمل (أو المدرسة).
- اللجوء إلى الكذب والمبالغة والمراوغة.
- اقتراض مبالغ مالية باستمرار وإنفاق المال على نحو غامض.
- اختفاء المقتنيات الثمينة من المنزل على نحو تدريجي (مجوهرات، أدوات كهربائية... إلخ).
- الميل إلى العزلة عن أفراد الأسرة مع انخفاض تقدير الذات.
- الاكتئاب وتقلب الحالة المزاجية وسرعة الانفعال.

٢- القصة: يجب أخذ قصة مرتبة زمنياً لتطور تعاطي كل مادة بحيث تشمل: أول تعاطٍ للمادة؛ بدء تعاطي المادة يومياً ؛ بدء الشعور بأعراض السحب؛ بدء تعاطي المادة وريدياً، ويُسأل المريض أن يصف يوم استخدام نموذجي (ما هي المواد التي يتعاطاها، وطرق التعاطي وعدد المرات والجرعة)، كما يُسأل عن مضاعفات التعاطي وحوادث فرط الجرعة، وكذلك يُسأل عن عائلته ووظيفته ومشاكله القانونية، وإذا كان لدى المريض فترات من الانقطاع يُسأل عن المعالجات السابقة والدوافع التي ساعدت على تحقيق ذلك والعوامل التي أدت إلى النكس.

٣- التحاليل المخبرية: يمكن تأكيد تشخيص تعاطي المواد بإجراء التحاليل المخبرية، ويعد فحص البول الأكثر استخداماً ولكن قد يكون من الضروري تحليل الدم والشعر في بعض الظروف، ويجب تزويد المخبر بلائحة كاملة عن المواد المتوقع أن تكون قد استخدمت بما في ذلك الأدوية الموصوفة للمريض.

المعالجة:

قد يبدو الإدمان مرضاً بسيطاً ظاهره تعاطي مادة فعّالة نفسياً؛ ولكنه في الحقيقة مرض مزمن ومعقد يؤثر في أداء الفرد في العائلة والعمل والمجتمع، ولذلك فإن المعالجة تهدف إلى الوصول إلى شفاء حقيقي يتمثل باسترداد المتعاطي لعافيته الأصلية من وجوهها الثلاثة الجسدية والنفسية

والاجتماعية مع عودته الفعّالة إلى المجتمع ووقايته من النكس.

١- مبادئ مهمة لنجاح المعالجة:

● لا يوجد علاج واحد يصلح لكل الحالات بل يتم علاج كل مريض بالطريقة المناسبة للمادة التي يتعاطاها وبما يناسب شخصيته وحجم التعاطي ومدته.

● يجب أن ينصبّ العلاج على احتياجات المريض المتعددة فلا يقتصر على تعاطي المادة بل يوجَّه إلى جميع المشاكل الطبية والنفسية والاجتماعية والمهنية والقانونية.

● الأدوية والعلاج النفسي الفردي والجماعي والعلاجات السلوكية الأخرى أجزاء مهمة في العلاج.

● البقاء في برنامج العلاج المدة الكافية أمرٌ حاسم في نجاح العلاج، وقد تبيَّن أن أفضل برنامج علاجي هو الذي يستمر مدة ثلاثة أشهر، ويجب تشجيع المريض وأسرته للبقاء أطول مدة في العلاج.

● يجب تقييم الخطة العلاجية باستمرار وتعديلها بحسب احتياجات المريض؛ ومراقبة احتمال تعاطي المادة في أثناء فترة العلاج.

● يسهِّل العلاجَ وجودُ دافع قوي عند الشخص، ولكن لا يشترط أن يكون طلب العلاج طوعياً؛ بل يزداد احتمال طلب العلاج ونجاحه بتأثير العقوبات أو التحقير ضمن العائلة أو في أماكن العمل.

٢- العلاج الطبي الدوائي: يشتمل على معالجة المضاعفات العضوية الناجمة عن تعاطي المواد؛ وعلى معالجة الإدمان بطريقة إزالة السمِّيّة detoxification، وهي الخطوة الأولى في علاج التعاطي؛ إذ يتم علاج أعراض الامتناع المرافقة للتوقف عن تعاطي المادة - والتي تختلف شدتها والمدة اللازمة لعلاجها - بحسب نوع المادة، وقد يتم العلاج داخل المستشفى أو بطريقة المريض الخارجي.

٣- العلاج النفسي والاجتماعي: هو المرحلة الثانية من العلاج، يخضع فيه المريض للعلاج النفسي وفق خطة علاجية تتعامل مع جميع الأسباب النفسية والبيئية والاجتماعية والشخصية المرتبطة بالتعاطي. ومن أهم طرائق المعالجة النفسية المستخدمة في هذا المجال المعالجة الاستعرافية، والمعالجة السلوكية، والمعالجة الاستعرافية - السلوكية وعلاج الجماعة، والعلاج العائلي والعلاج المهني.

٤- إعادة التأهيل rehabilitation: تهدف إعادة التأهيل المهني إلى العودة بالمتعاطي إلى مستوى مقبول من الأداء المهني إما في إطار مهنته السابقة وإما في إطار مهنة جديدة.

أما إعادة التأهيل الاجتماعي فتهدف إلى العودة بالمتعاطي إلى القيام بأدواره الاجتماعية التي كان يؤديها قبل تعاطي المادة والتي تدهورت بسبب التعاطي وجعلت المجتمع يرفضه، ويتم ذلك في مجتمع علاجي يعاني كل أفراده مشاكل تتعلق بالمواد الفعالة نفسياً، وتستمر الإقامة فيه فترات طويلة (١٢-١٨ أسبوعاً)، وتتضمن أهدافه تغيير نمط حياة الشخص تغييراً كاملاً يتضمن الامتناع عن تعاطي المواد؛ وتطوير المهارات الاجتماعية؛ وتعزيز الأمانة والمسؤولية؛ وإلغاء السلوك الإجرامي والمعادي للمجتمع.

التصنيف:

هناك العديد من المواد والعقاقير التي تُحدث تأثيراً في الحياة النفسية والعقلية لمتناوليها، وقد قدّر الباحثون عدد هذه المواد بما يقارب الألف، ومن البديهي أن يكون من الصعب تصنيف هذه المواد على أساس واحد هو التأثير في العقل، ولا بد من التوسع في عملية التصنيف لتشمل مصادر هذه المواد؛ وتأثيراتها في المتناول أو في الجهاز العصبي؛ وقابلية هذه المواد لإحداث تعاطٍ ضار أو اعتماد.

فمن حيث مصدرها تقسم المواد إلى:

١- مواد طبيعية موجودة في الطبيعة سواء أكانت برية أم تتم زراعتها (مثل الأفيون والتبغ والقنب الهندي).

٢- مواد يتم تحضيرها من النباتات بطرائق كيميائية (مثل الهروين والكوكائين).

٣- مواد تركيبية يتم تحضيرها بالمعامل على نحو كامل من مواد كيميائية (مثل المهدئات).

أما من حيث تأثيرها في الحالة النفسية والعقلية فإن المواد الفعالة نفسياً تقسم إلى:

١- مثبطات (مهبطات) نفسية psycholeptiques مثل المورفين والهيرويين والمهدئات والكحول.

٢- منشطات نفسية psychoanaleptiques مثل الكافيين والنيكوتين والأمفيتامين والكوكائين.

٣- مشوشات نفسية psychodysleptiques مثل الحشيش والماريغوانا والمهلسات.

وقسَّمت الاتفاقية الوحيدة للمخدِّرات عام ١٩٦١ المخدرات إلى أربع فئات وضعت في أربعة جداول، كما قسَّمت اتفاقية المواد النفسية عام ١٩٧١ المواد النفسية إلى أربع فئات وأربعة جداول تبعاً لمدى تأثيرها و خطرها على الإنسان، أما في الطبعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) فقد صنفت المواد الفعّالة نفسياً إلى: الكحول، الأفيونيات، القنبيات، المهدئات أو المنومات، الكوكائين، منبهات أخرى

تشمل الكافيئين، المهلسات، التبغ، المذيبات الطيارة، أدوية متعددة ومواد أخرى فعالة نفسياً، وسيتم شرح كل من هذه المواد فيما يلي.

أولاً- الكحول

يعدّ الكحول من أقدم المواد الفعّالة نفسياً التي تعاطاها الإنسان وأوسعها انتشاراً في العالم، فلا توجد حضارة من الحضارات القديمة إلاّ وعرفت الكحول؛ وقد قام الإنسان في العصور القديمة بتخمير الفواكه (مثل العنب والتين والتوت وغيرها) وبتعاطيها؛ إذ تقوم خمائر موجودة في الهواء بالتأثير في السكر وتحويله إلى كحول إيتيلي ethyl alcohol (أو إيتانول ethanol، ورمزه الكيميائي C2H5OH). وهذا النوع من الكحول هو النوع الموجود في جميع المشروبات الكحولية ولكنّها تختلف بمقدار محتواها منه؛ فمستحضرات البيرة تحتوي بين ٢-٨٪ كحول إيتيلي وتحضر بتخمير الحبوب (مثل الشعير والأرز وغيرها)، ومستحضرات النبيذ تحتوي بين ٤ و ١٤٪ كحول إيتيلي وتحضر بتخمير السكر الموجود في الثمار المختلفة (مثل العنب والتفاح والتمر وغيرها)، أما المستحضرات الروحيّة (ومنها الويسكي والفودكا والعرق وغيرها) فإنها تحتوي بين ٤٠ و٥٠٪ كحول إيتيلي وتحضر بتقطير المستحضرات السابقة.

تختلف طرق شرب الكحول بين الأفراد اختلافاً كبيراً من دون وجود حدود واضحة بين الشرب الاجتماعي (أو المعتدل) والشرب المؤذي. وما زال تعبير "الكحولية alcoholism" يستخدم على نحو واسع مع أنّه تعبير غير دقيق ويحمل أكثر من معنى، فقد يستخدم لوصف استهلاك الكحول المعتدل الذي يبدو مفرط الكمية بحسب بعض المعايير الاعتباطيّة، كما أنّه قد يشير إلى أضرار جسدية أو نفسيّة أو اجتماعيّة ناتجة من تعاطي الكحول. ومن جهة أخرى فإنّ التحدث عن الكحولي غالباً ما يحمل معنى ازدرائياً ويوحي بسلوك سيئ أخلاقياً، لذلك يفضَّل تجنب استخدام هذا التعبير والالتزام باستخدام المصطلحات الواردة في أول هذا البحث وهي التعاطي الضار والمعاقرة (أو سوء الاستخدام) والاعتماد؛ إضافةً إلى مفهوم فرط استهلاك الكحول.

يسهل تحديد الأشخاص المصابين بالاعتماد على الكحول بسبب تحقيقهم لمعايير متلازمة الاعتماد الواردة آنفاً؛ في حين يصعب تعرف مجموعة سوء استخدام الكحول، وهي أقل وضوحاً وأكثر عدداً وتتألف من الأشخاص الذين يسبب عندهم شرب الكحول أضراراً جسدية أو نفسية أو اجتماعية. أما مفهوم فرط استهلاك الكحول فيشير إلى تناول الكحول بمقدار يتجاوز الكمية المحددة للاستهلاك اليومي أو الأسبوعي، ولكن هذا المقدار هو إلى حد ما مفهوم اعتباطي، ويحدد المقدار المسموح به عادة بهدف تجنب خطورة حدوث مشاكل صحية واجتماعية، ويُعبر عن ذلك المقدار بالوحدات الكحولية، والوحدة الكحولية هي نحو ثمانية غرامات من الكحول الإيتيلي، ويحتوي كأس البيرة (٤٥٠مل) على وحدة ونصف، وزجاجة النبيذ على سبع وحدات، وزجاجة أحد المشروبات الروحية على ثلاثين وحدة كحولية. ويقال أن تعاطي الرجال الكحول بمقدار لا يزيد على ٢١ وحدة كحولية كل اسبوع، وتعاطي النساء الكحول بمقدار لا يزيد على ١٤ وحدة كحولية بالأسبوع؛ يرافقه خطر منخفض للمشاكل الصحية والاجتماعية، ويسبّب تعاطي الكحول بمقدار ٢٢-٥٠ وحدة بالأسبوع للرجال؛ وبمقدار ١٥ - ٣٥ وحدة أسبوعياً للنساء؛ زيادة خطر حدوث المشاكل الصحية والاجتماعية، ويصبح ذلك الخطر مرتفعاً حين تعاطي الرجال أكثر من ٥٠ وحدة والنساء أكثر من ٣٥ وحدة أسبوعياً.

الوبائيات:

في دراسة عالمية لعشر مناطق مختلفة ثقافياً وجد أن نسبة انتشار سوء استخدام الكحول مدى الحياة والاعتماد عليه تفاوتت من نحو ٠,٥٪ في شنغهاي إلى ٢٢٪ في كوريا، وأظهر المسح السكاني العام في المملكة المتحدة أن معدل الاعتماد على الكحول لسنة واحدة هو ٤,٧٪. أما في الولايات المتحدة فإن نحو ٩٠٪ من كل المقيمين تعاطوا الكحول مرة واحدة على الأقل في حياتهم ونحو ٥١٪ من كل البالغين يتعاطون الكحول على نحو متكرر، ويعدّ تعاطي الكحول حالياً ثالث أكبر مشكلة صحية بعد أمراض القلب والسرطان، وتنطبق على نحو ١٠٪ من النساء و٢٠٪ من الرجال معايير سوء استخدام الكحول في أثناء حياتهم، وعلى ٣-٥٪ من النساء و١٠٪ من الرجال معايير الاعتماد على الكحول في أثناء حياتهم.

ينقص سوء استخدام الكحول معدل الحياة ١٠ سنوات، ويشاهد تعاطي الكحول في نحو ٥٠٪ من مرتكبي جرائم القتل وفي ٢٥٪ من المنتحرين، ويتأثر تعاطي الكحول بعوامل عديدة أهمها:

١- **الجنس:** يتعاطى الرجال الكحول أكثر من النساء، ففي البلاد الغربية يعاني الرجال سوء الاستخدام والاعتماد على الكحول أكثر من النساء بثلاث مرات، أمّا في البلدان الأسيوية واسبانيا فنسبة معاناة الرجال أكثر من النساء بعشر مرات.

٢- العمر: يتعاطى الذكور كميّات كبيرة من الكحول في أواخر المراهقة وفي بداية العشرينيات من العمر. وتنخفض نسب سوء استخدام الكحول والاعتماد عليه في معظم الثقافات بعد عمر ٤٥ سنة، ويتعرض الشباب المتشردون لارتفاع خطر تعاطي الكحول.

٣- العقيدة والثقافة: يقل احتمال سوء استخدام الكحول عند معتنقي الديانات التي تحرّم الكحول، مثل الإسلام والديانة الهندوسية والكنيسة المعمدانية.

٤- المهنة: تزداد خطورة سوء استخدام الكحول في عدة مجموعات مهنية مثل عمال المطاعم والطباخين ومصنعي الخمر، وبين الذين يسهل وصولهم إلى الكحول مثل الممثلين والبحارة والصحفيّين والأطباء.

الأسباب:

على الرغم من كثرة الدراسات والبحوث لم يعرف إلا القليل عن أسباب فرط تناول الكحول، ويعتقد أنّ سوء استخدام الكحول والاعتماد عليه هو نتيجة لتفاعل عوامل كثيرة تقسم إلى عوامل شخصيّة وعوامل ضمن المجتمع.

١- العوامل الشخصيّة:

أ- العامل الوراثي: أشارت الدراسات إلى أنّ الاستعداد لاستخدام الكحول مدى الحياة يتحدد بيئياً، بيد أنّ خطورة الشرب المحظور لدى الأعمار الدنيا له موجّهات وراثية قوية، كما أشارت إلى أنّ نحو ٥٠-٦٠٪ من الميل إلى حدوث اعتماد كحولي ينتج من عوامل وراثيّة؛ فقد كانت نسب الاعتماد على الكحول في التوائم وحيدة البيضة أعلى مما في التوائم ثنائية البيضة، كما كانت نسب الاعتماد على الكحول في أبناء بيولوجيين لآباء معتمدين على الكحول أعلى منها في أبناء غير بيولوجيين لآباء معتمدين على الكحول، ولكنّ مازالت الآلية الوراثية غير محددة؛ فقد ترتبط هذه الآلية الكيميائية الحيوية باستقلاب الكحول أو بتأثيراته الفيزيولوجية أو المركزية.

ب- العوامل البيولوجية الأخرى: هناك العديد من العوامل البيولوجية الممكنة لسوء استخدام الكحول والاعتماد عليه تشتمل على شذوذات في إنزيم نازعة هدروجين الكحول أو في آليات النواقل العصبية؛ فكثير من الأفراد الآسيويين والشرقيين لديهم اختلاف في إنزيم ألدهيد ديهدروجيناز ويحدث لديهم ارتكاس مزعج (توهج، غثيان، تسرع قلب...) نتيجة تراكم الأسيت ألدهايد عندما يتعاطون الكحول، وبالتالي فهم أقل احتمالاً لإساءة استخدام الكحول.

ج- عوامل التعلّم: يميل الأطفال إلى أن يقلدوا آباءهم في نموذج الشرب، و يميل الصبيان منذ الأعمار المبكرة إلى أن يتشجعوا على الشرب أكثر من البنات. وهناك افتراض أنّ توقّع التأثيرات المرغوبة للكحول في الطفولة يرتبط بدرجة الاستخدام الكحولي، كما قد تسهم عملية التعلم في تطور الاعتماد الكحولي بالتعرض المتكرر لأعراض السحب.

د- عوامل الشخصية: أكّد أكثر من مسح حديث أثر ميّزات الشخصية التي تقود إلى خطر التعاطي والبحث عن كل جديد، ويبدو أنّ مثل هذه الصفات تنطبق على أولئك الذين لديهم شخصية معادية للمجتمع والمعروف أنّهم في خطر زائد لإساءة استخدام الكحول.

هـ- الاضطرابات النفسيّة: يشيع ترافق تعاطي الكحول مع اضطرابات نفسيّة أخرى، ويبدو أحياناً أنّه ثانوي لها، ومن هذه الاضطرابات اضطراب المزاج ثنائي القطب، والاضطرابات القلقية ولاسيما منها رهاب المجتمع والهلع، ولكن يبقى الاضطراب الاكتئابي أهم الاضطرابات النفسية في هذا المجال؛ إذ يشخص في نحو ٣٠-٤٠٪ من الأشخاص الذين لديهم سوء استخدام أو اعتماد على الكحول، مما يزيد فيهم خطورة الانتحار.

٢- العوامل المجتمعية: من المتفق عليه حالياً أن معدلات الاعتماد على الكحول ترتبط بالمستوى العام لاستهلاك الكحول في المجتمع، وإن نسب المسرفين بتناول الكحول في عامة الشعب تتناسب على نحو كبير مع الاستهلاك العام لذلك الشعب، **ويتعلق ذلك بما يلي:**

أ- التوجه الاقتصادي: يتمثل بسعر الكحول فهناك ما يدل على أن سعر الكحول (بالنسبة إلى مستوى الدخل) يؤثر على نحو كبير في استهلاكه من قبل الشعب، وإنّ المسرفين والمعتدلين بالشرب يُنقصون من استهلاكهم حين زيادة الضريبة على الكحول.

ب- التوجه الرسمي: يتمثل بقوانين إجازة الشرب؛ ولكنّ يبدو أنّ هذه القوانين لا تؤثر في سلوك الشرب.

ج- التوجه غير الرسمي: يتمثل بالأعراف والأخلاق والمعتقدات في المجتمع؛ إذ إنّ بعض المجتمعات تحمي أبناءَها من سوء استخدام الكحول والاضطرابات المتعلقة به على الرغم من توافر الكحول العام.

الحرائك الدوائية وتأثيرات الكحول:

١- الامتصاص: يمتص الكحول الإيتيلي من المعدة والعفج، ويخفف الطعام من تركيزه في المعدة ويؤخر عبوره إلى العفج مما يبطئ امتصاصه وينقص تأثيراته. ويكون

الامتصاص أسرع حين يكون تفريغ المعدة سريعاً كما في حالة الصيام، ولكنّ المشروبات ذات التركيز الكحولي العالي قد تسبب تشنج البواب وتؤخر تفريغ المعدة. يتوزع الكحول بسرعة ويبلغ تركيزه في سوائل الجسم عشرة أضعاف تركيزه في النسيج الشحمي، ويتركّز توزيع الكحول على نحو أكبر في الأنسجة ذات التروية الدموية المرتفعة.

٢- الاستقلاب: يستقلب الكحول الإيتيلي إلى أسيت ألدهايد acetaldehyde بوساطة إنزيم ديهيدروجيناز الكحول alcohol dehydrogenase، ثم يستقلب الأسيت ألدهايد إلى أسيتات acetate بوساطة إنزيم ألدهايد ديهيدروجيناز، وفي النهاية يتحول إلى ثاني أكسيد الكربون وماء. يطرح نحو ٥-١٠٪ من الإيتانول من دون تغيير مع البول وهواء الزفير، وتبلغ نسبة الإيتانول في الدم إلى نسبته في هواء الزفير نحو ٢٠٠٠-١ وهي علاقة مهمة تسمح بتحديد تركيز كحول الدم من خلال هواء الزفير.

٣- التأثيرات في الدماغ:

أ- تأثيرات كيميائية حيوية: للكحول تأثيرات عصبية معقدة؛ إذ تتداخل شبكة عصبية معقدة في عمل الكحول ولها شأنها في التعزيز والانسمام والسحب، ولكن يصعب ربط هذه التأثيرات بنواقل عصبية محددة أو بمناطق دماغية محددة؛ فقد أظهرت الدراسات أنّ للكحول تأثيراً مهماً في نظام الغابا GABA (gamma-aminobutyric acid)، فتعاطي الكحول بجرعات كبيرة في فترة قصيرة من الزمن يزيد من فعّاليّة النمط a من مستقبلات الغابا (GABAa) ويرتبط هذا التأثير بالتعزيز الإيجابي للكحول. أما تعاطي الكحول المزمن فترة طويلة من الزمن فيرافقه نقص فعّاليّة مستقبلات الغابا، كما أنّ لجرعات الكحول الكبيرة تأثيراً مناهضاً لمستقبلات NMDA (N-methyl-D- aspartate) ترافقه الأعراض السلبية للانسمام. كما توجد علاقة بين الكحول والغلوتامات وهو الناقل العصبي الأكثر إثارة للجملة العصبية المركزية؛ إذ يعاكس الكحول فعالية الغلوتامات عن طريق الارتباط بمستقبلات NMDA. وتبين من الدراسات وجود نقص في الوظيفة السيروتونينية لدى الكحوليين ظهر بنقص في مستويات مستقلب السيروتونين ٥- هيدروكسي اندول اسيتك اسيد 5-HIAA، وربما يعمل التداخل ما بين أنظمة السيروتونين والغلوتامات والغابا على إنقاص الحساسية للكحول وخطورة حدوث اعتماد كحولي. وإضافة إلى ذلك فإن الكحول ينقص فعالية النظام النورأدرناليني مما يفسر بعض مظاهر الانسمام والسحب.

ب- التأثيرات السلوكية: التأثير الرئيسي للكحول تأثير مثبط للجملة العصبية المركزية على نحو مشابه لتأثير البنزوديازيبينات ومستحضرات التخدير، ويسبق هذا التأثير تأثير منشط ناجم عن التأثيرات غير المباشرة للكحول في كبت الوظائف الدماغية الناهية (إزالة نهي القشرة الدماغية)، ويظهر هذا التأثير على صورة انشراح وإكثار من الكلام وإفضاء عاطفي غير حذر ونقص المقدرة على السيطرة على النفس. وبزيادة مقادير الكحول المتناولة يظهر الفعل التثبيطي في الدماغ بصورة يتزايد عمقها تبعاً لمستويات الكحول في الدم، وينجم هذا التثبيط عن التأثير المباشر للكحول في المراكز الدماغية التي تتحكم بالوظائف العصبية المختلفة؛ فحين تبلغ نسبة الكحول بالدم ٠,١٪ (١٠٠ملغ في كل ١٠٠مل دم) تضطرب الوظائف الحركية الإرادية فيختل التوازن وثبات الوقوف والمشي وتفقد القدرة على القيام ببعض المهام اليدوية أو الفكرية التي تتطلب الدقة والسرعة في الأداء مثل قيادة المركبات، وبتركيز ٠,٢٪ تتثبط كل المراكز الدماغية الحركية كما تتأثر مناطق الدماغ المسؤولة عن السلوك العاطفي، وبتركيز ٠,٣٪ يصاب الشخص بالتخليط أو الذهول، ويدخل في السبات حين يصل تركيز الكحول في الدم إلى ٠,٤-٠,٥٪ وتحدث الوفاة بنتيجة تثبيط التنفس.

ج- **التأثير في النوم:** يُسهّل الكحول الدخول بالنوم (يُنقص كمون latency النوم)، ويُنقص تعاطي الكحول فترات النوم الحالم (نوم حركات العين السريعة) والنوم العميق (المرحلة الرابعة للنوم)، كما يؤدي إلى تجزئة فترة النوم بإحداث يقظات أكثر وأطول، ولذلك فإنّ الفكرة القائلة إنّ الكحول يساعد على النوم هي اعتقاد خاطئ.

الأذيّات العضوية المتعلقة بالكحول:

يؤدي الإسراف في تعاطي الكحول وسوء استخدامه إلى أضرار في معظم أجهزة الجسم:

● **الجهاز الهضمي:** من الشائع أن يؤدي الكحول إلى اضطرابات هضمية تشتمل على التهاب المعدة والتهاب المعثكلة الحاد والمزمن وسوء تغذية وتأذي الكبد (تشحم، أو التهاب، أو تشمع، أو ورم)، ويحدث تشمع الكبد في نحو ١٠-٢٠٪ من الأشخاص المعتمدين على الكحول، ويبلغ خطر الوفاة بسبب تشمع الكبد في المعتمدين على الكحول عشرة أضعاف المعدل العام لذلك الخطر.

● **الجهاز القلبي الوعائي:** للكحول تأثير سيئ في عضلة القلب؛ إذ يؤدي إلى اعتلال عضلة قلبية كحولي، كما يرافق

سوء استخدام الكحول ارتفاع ضغط الدم وزيادة خطورة النشبات الدماغية.

● **الجهاز العصبي:** يؤدي الكحول إلى أضرار كثيرة في الجملة العصبية المركزية والمحيطية منها رضوض الرأس والتهاب الأعصاب المحيطية والصرع والاعتلال المخيخي.

● **الأضرار على الجنين:** يؤدي تعاطي الكحول بإسراف من قبل النساء الحوامل إلى زيادة وفاة محصول الحمل وحدوث متلازمة الوليد الكحولي عند بعض الولدان؛ وهي تتألف من: نقص وزن الولادة، وقصر القامة، وشذوذات في الوجه، وفرط حراك، ونقص ذكاء وتأخر عقلي.

● **التغيرات المخبرية:** ترتفع غاما غلوتاميل ترانسبيبتيداز GT في نحو ٨٠٪ من الأشخاص المصابين بسوء استخدام واعتماد على الكحول، كما يزداد حجم الكرية الوسطي MCV في نحو ٦٠٪ وعند النساء أكثر من الرجال. وتشتمل التغيرات المخبرية الأخرى على ارتفاع حمض البول والشحوم الثلاثية وإنزيمات الكبد.

● **الوفاة:** يسفر تعاطي الكحول على نحو ضار عن عواقب وخيمة على الصحة العامة، ويعد واحداً من عوامل الخطورة الرئيسية التي تضعف الصحة في العالم، وهو ثالث عوامل الخطورة الرئيسية المتعلقة بالوفيات المبكرة وحالات العجز في العالم. وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية (WHO) عام ٢٠٠٤ إلى وفاة ٢,٥ مليون شخص في العالم لأسباب تتعلق بالكحول بما في ذلك ٣٢٠ ألف شاب بين سن ١٥-٢٩ سنة؛ وهو ما يعادل ٣,٨٪ من كل الوفيات في العالم عام ٢٠٠٤ و ٤,٥٪ من عبء المرض العالمي. والأسباب الرئيسية للوفاة هي الاضطرابات القلبية الوعائية والتشمُّع والحوادث والسرطانات.

الاضطرابات النفسية المتعلقة بالكحول:

تصنف الاضطرابات النفسية المتعلقة بالكحول في أربع مجموعات:

١- **الانسمام الكحولي alcoholic intoxication:** هناك اختلافات شخصية كثيرة في التأثيرات الفيزيولوجية للكحول، وترتبط شدة أعراض التسمم الكحولي بتركيز الكحول في الدم. وهناك نوع من الانسمام الكحولي يدعى الانسمام التحساسي الذاتي idiosyncratic intoxication يظهر في بعض الأشخاص بعد دقائق من تناول كمية قليلة من الكحول غير كافية لإحداث التسمم عند معظم الناس، ويتظاهر باضطراب سلوك وعدوانية وسوء تكيّف، ويغط المريض في نوم عميق وعند الاستيقاظ لا يتذكر ما حدث له.

٢- **متلازمة الامتناع (السحب):** تتفاوت أعراض سحب الكحول من قلق خفيف واضطراب النوم إلى حالة مهددة للحياة هي الهذيان الارتعاشي. تحدث أعراض الامتناع عادةً في الأشخاص الذين استمروا بالشرب مدة طويلة وبكميات كبيرة وهي تتلو هبوط التركيز الدموي للكحول وتظهر على نحو وصفي حين الاستيقاظ من النوم، وغالباً ما يتناول المعتمدون على الكحول جرعة الصباح للتخلص من أعراض السحب. وأهم أعراض الامتناع هي فرط فعالية الجملة العصبية المستقلة (تعرق، تسرع قلب، ارتفاع ضغط) والرجفان والأرق والقلق والغثيان والقياء والأهلاسات ونوب الاختلاج. يحدث الارتعاش tremulousness بعد ٦-٨ ساعات من الامتناع عن شرب الكحول، وهو العلامة المدرسية لسحب الكحول، ويصيب اليدين والقدمين والظهر فيبدو المريض غير قادر على الجلوس سوياً أو على الإمساك بفنجان القهوة مثلاً على نحو ثابت أو على عقد الأزرار. وتحدث الاضطرابات الإدراكية بعد ٨-١٢ساعة - وهي عادةً وجيزة - فتبدو الأشياء مشوهة في الشكل وتبدو الظلال تتحرك وقد تحدث أهلاسات بصرية أو سمعية. وتحدث النوب الصرعية خلال ١٢-٢٤ساعة وهي عادة من النوع التوتري الرمعي tonic clonic.

يحدث الهذيان الارتعاشي delirium tremens (DTs) عند نحو ٥٪ من الأشخاص المعتمدين على الكحول الذين يتعاطون كميات كبيرة سنوات طويلة، ويعد من أخطر عواقب الامتناع عن الكحول، وقد يهدد الحياة ولاسيما عند كبار السن. تبدأ أعراضه بعد ٧٢ ساعة من الامتناع، وتشتمل على رجفانات شديدة (ارتعاش شديد في الأطراف وكامل الجسم) مع حالة من الهذيان تتظاهر بتغيّم الوعي وتوهان واضطراب الذاكرة القريبة واضطرابات إدراكية تتضمن سوء تفسير المنبهات الحسية وأهلاسات شديدة (غالباً ما تكون بصرية) مع هياج شديد وعدم استقرار الجملة العصبية المستقلة (حمى، تعرق، تسرع قلب، ارتفاع ضغط، توسع حدقة)، تستمر الحالة ثلاثة أيام أو أربعة، وتنتهي غالباً إذا لم تحدث مضاعفات بنوم عميق يستيقظ بعده المريض مع فقد كلّي أو جزئي للذاكرة خلال فترة الهذيان.

٣- **اضطرابات التغذية المزمنة:**

أ- **متلازمة فيرنيكه Wernicke:** هي اعتلال الدماغ الحاد بعوز التيامين (فيتامين B1) الناجم عن اشتراك سوء التغذية ونقص الامتصاص المعوي وانخفاض التخزين الكبدي للتيامين وضعف تمثله. ويعد تعاطي الكحول من أكثر العوامل المسببة لهذه المتلازمة التي تتميز سريرياً

بعلامات عينية (إصابة الأعصاب المحركة للعين، رأرأة) ورنح وهذيان، وإضافة إلى ذلك يشاهد التهاب أعصاب محيطيّة وضعف في الانتباه والتركيز ونقص القدرة على المبادرة والاستمتاع، ويرافق ذلك من الناحية التشريحية المرضية وجود نزوف في المهاد والوطاء والأجسام الحلمية mammillary bodies.

ب- متلازمة كورساكوف Korsakoff: تنجم هذه الحالة عن عدد من الأسباب التي تؤدي إلى سوء تغذية ولا سيما عوز التيامين والسبب الأكثر شيوعاً هو سوء استخدام الكحول؛ وهي حالة عقلية تتأثر فيها الذاكرة والتعلم بعيداً عن الوظائف الاستعرافية الأخرى، ويحدث الكثير من حالات متلازمة كورساكوف بعد الشفاء من اعتلال دماغ فيرنيكه، ولكنّ لبعض حالاتها بداية مفاجئة من دون مرحلة منذرة من اعتلال دماغ فيرنيكه.

يتألف التشريح المرضي العصبي الوصفي لما يعرف غالباً بمتلازمة فيرنيكه- كورساكوف من خسارة عصبونات ونزوف نقطيّة وتَدَبُّق gliosis المادة الرمادية خارج البطينات وحول القناة السيسائية، إضافةً إلى علامات ضمور عام في قشر الدماغ يشمل بالتحديد الفصين الجبهيين لدى مرضى متلازمة كورساكوف. أما الصورة السريرية لمتلازمة كورساكوف فتتصف بما يلي:

- اضطراب ذاكرة شديد وخاصة القريبة ومحاولات المريض تغطية فجوات فقدان الذاكرة عن طريق التخريف (التلفيق) confabulation؛ أي تصوّر وقوع حوادث لم تقع أصلاً.
- توهان في المكان والزمان.
- ضعف القدرة على المحاكمة.
- عدم الاهتمام واللامبالاة والمزاج الساخر والمتغير.
- وجود وعي كامل.

وتبدي الدراسات أنّ نحو ٢٥٪ من المرضى يشفون شفاءً تماماً؛ و٥٠٪ يتحسنون مع الزمن؛ في حين أنّ ٢٥٪ من المرضى لا يتحسنون.

ج- الخرف الكحولي alcoholic dementia: قد يحدث الخرف نتيجة الإسراف في تعاطي الكحول سنوات طويلة وخاصة عند كبار السن والنساء الذين يشربون كميات كبيرة ومن دون فترات راحة. وقد أظهرت الدراسات بالتصوير المقطعي المحوسب وبالمرنان المغنطيسي وجود ضمور في المناطق القشرية وتحت القشرية وتوسع البطينات الجانبية والمسافة تحت العنكبوتية. ومن الناحية السريرية يشاهد تدهور القدرات العقلية واضطراب الذاكرة وضعف المحاكمة وعدم استقرار عاطفي وضعف في النواحي النفسية وعدم القدرة على تقدير المقتضيات الاجتماعية، وقد تتراجع بعض هذه الأعراض حين الامتناع عن تعاطي الكحول؛ ولكن نادراً ما تتحسن الحالات المتقدمة.

٤- الاضطرابات النفسية المرافقة:

أ- الشخصية: يجعل سوء استخدام الكحول والاعتماد عليه الشخص أكثر تركيزاً على حاجته للحصول على الكحول، مما يؤدي إلى تراجع علاقاته مع الآخرين واهتماماته ومسؤولياته المعتادة، ويجب عدم الخلط بين هذه التغيرات في العلاقات والوظائف الاجتماعيّة وبين اضطراب الشخصية الذي قد يكون موجوداً قبل تعاطي الكحول.

ب- اضطرابات المزاج والاضطرابات القلقية: هناك علاقة معقدة بين استهلاك الكحول من جهة واضطرابات المزاج والاضطرابات القلقية من جهة أخرى؛ ففي إحدى جوانب هذه العلاقة، يشرب بعض المرضى - الذين يعانون اكتئاباً أو قلق الكحول - بإسراف في محاولة لتحسين المزاج أو لتخفيف القلق، وفي الجانب الأخر قد يؤدي تعاطي الكحول والاعتماد عليه إلى حدوث اضطراب اكتئابي أو اضطراب قلقي لم يكن موجوداً قبل التعاطي.

ج- السلوك الانتحاري: معدلات الانتحار عند الأشخاص الذين لديهم اعتماد على الكحول أعلى مما في الذين لا يتعاطون الكحول من العمر نفسه بنحو ٦ أضعاف. وتشير بعض الإحصاءات إلى أن نحو ٨٪ من الأشخاص المقبولين لمعالجة الاعتماد على الكحول قد انتحروا في بضع سنوات من تخريجهم من المستشفى، أما عوامل الخطورة للسلوك الانتحاري فهي الاستمرار بالشرب، ووجود اكتئاب مرافق، ووجود مرض طبي مرافق، والبطالة، ونقص الدعم الاجتماعي.

د- الهلوسة الكحولية alcoholic hallucination: حالة تتميز بهلوسة سمعية يسمع فيها المريض أصواتاً محقرة أو مهددة وهو بكامل وعيه، وتسبب له قلقاً وضجراً وخوفاً، وقد تستمر عدة أشهر بعد التوقف عن تعاطي الكحول، وهي ليست ناجمة عن الامتناع الحاد عن الكحول. وهناك جدل حول أسبابها: إذ يعدها بعضهم مضاعفة عضوية لتعاطي الكحول ويعتقد آخرون أنّ لها علاقة بالفصام، ولكنّ الدراسات الحديثة تشير إلى أنّ الهلوسة الكحولية هي ذهان عضوي محدث بالكحول ويجب تمييزه من الفصام وإنذاره جيد إذا توقف تعاطي الكحول.

هـ- سوء الوظيفة الجنسية: يؤدي تعاطي الكحول إلى حدوث سوء وظيفة الانتصاب وإلى تأخر القذف، وقد تسوء هذه الصعوبات حين يحدث لدى الزوجة اشمئزاز من الاتصال مع شريك سكران.

و- الغيرة المرضية: قد تحدث لدى الأشخاص المسرفين في الكحول أفكار مضخمة، تبلغ في حالات قليلة درجة الضُلال فيما يتعلق بعفة الزوج أو الزوجة.

المعالجة وإعادة التأهيل:

١- الكشف المبكر والمعالجة: قد يكشف العديد من حالات فرط استخدام الكحول وسوء استخدامه من قبل الأطباء العامين والاختصاصيين والجرّاحين حين يلتمس المريض المعالجة لمشكلة أخرى. وقد أظهرت دراسات التداخل الوجيز، المؤلف من ٥-١٠ دقائق من النصائح البسيطة من قبل الطبيب العام في الممارسة العامة إضافة إلى كرّاسة تثقيفية، أن هذا التداخل قد يؤدي إلى نقص مهم في تناول الكحول في أثناء السنة التالية للتداخل. أما المرضى الذين لديهم مشاكل من تعاطي الكحول، وخصوصاً أولئك الذين يتم كشفهم بطرائق المسح المجتمعي، فقد يستفيدون من مقابلة تحريضية motivational تتجنب المواجهة وتركز على مقاربات بسيطة ومباشرة يساعد الطبيب المريض بوساطتها على موازنة التأثيرات السلبية والإيجابية لتعاطي الكحول في حياته والمخاطر التي يسببها الكحول له ولعائلته مع عدد من الخيارات للتغيير.

٢- الامتناع عن الكحول: قد ترافق الامتناع عن الكحول مراضةٌ مميزة ربما أدت إلى الوفاة إذا لم تعالج المعالجة الجيدة، ويمكن تدبير الامتناع عن الكحول عند أغلب المرضى في العيادة بصفة مريض خارجي، ولكن يُستطب القبول في المستشفى للعلاج في الحالات التالية:

- اعتماد شديد.
- سوابق فشل الامتناع في المجتمع.
- سوابق حدوث نوب اختلاج أو هذيان ارتعاشي نتيجة الامتناع عن الكحول.
- وجود مرض جسدي مرافق (سكري، فرط ضغط شرياني، الخ).
- وجود مراضة نفسية مشاركة.
- ضعف الدعم الاجتماعي.

تعد مشتقات البنزوديازبين العلاج المختار لمتلازمة الامتناع عن الكحول، وهي ذات تحمل متصالب مع الكحول ولها خصائص مضادة للاختلاج، ومستحضراتها طويلة أمد المفعول (مثل ديازيبام وكلورديازيبوكسيد) فعالة في الوقاية من نوب الاختلاج، ولا يوجد في مكتبة مراجعات كوكران برهان محدد على فعالية مضادات الاختلاج في سحب الكحول. ويجب إعطاء جميع المرضى الذين يُعالَجون للامتناع عن الكحول التيامين (فيتامين B1) حقناً عضلياً وقاية من اعتلال دماغ فيرنيكه.

تعطى البنزوديازيبينات في حال العلاج الخارجي مدة سبعة أيام في الحالات النموذجية، وتحدد الجرعة بناءً على شدة الاعتماد على الكحول وشدة أعراض السحب؛ فقد يتم تدبير الاعتماد الخفيف من دون دواء أو باستخدام جرعات صغيرة من كلورديازيبوكسيد (أو ديازيبام)، في حين تتطلب حالة الاعتماد متوسط الشدة جرعة أكبر بنحو ١٠-٢٠ ملغ ٤ مرات/يوم؛ تنقص تدريجياً على مدى أسبوع ومن دون الحاجة إلى متابعة المعالجة مدة أطول. أما الاعتماد الشديد فيتطلب معالجة متخصصة داخل المستشفى تستخدم فيها جرعات مرتفعة من البنزوديازيبينات قد تصل حتى ٢٥٠ملغ كلورديازيبوكسيد في اليوم الأول تنقص تدريجياً على مدى أسبوع. وحين حدوث اضطرابات إدراكية فإنها تستجيب عادةً لكلورديازيبوكسيد ولكن يمكن معالجة الهلوسة الصريحة بمضادات الذهان مثل هالوبيريدول. أما حين حدوث هذيان ارتعاشي فإن المعالجة تتطلب التشخيص الباكر والانتقال الفوري إلى وحدة عناية مشددة حيث يعطى ديازيبام وريدياً وتوجّه العناية إلى الاضطرابات الطبية مع تعويض الشوارد والسوائل وإضافة الفيتامينات.

٣- الوقاية من النكس: يجب عدم وصف البنزوديازيبينات على نحو مستمر بعد معالجة متلازمة الامتناع الحاد عن الكحول، بل يستفاد في الوقاية من النكس من العلاجات النفسية الاجتماعية والمجتمعات العلاجية؛ ومن أدوية تساعد على استمرار الامتناع عن شرب الكحول؛ مثل:

أ- ديسلفيرام disulfiram: يثبط إنزيم الدهايد ديهدروجيناز مؤدياً إلى تراكم أسيت الدهايد بعد شرب الكحول مما يسبب تأثيرات جسدية كريهة تؤثر بوصفها عائقاً للاندفاع للشرب (صداع، رجفان، غثيان، قياء، توهّج وجه، تسرع قلب، هبوط ضغط شرياني) وقد تحدث لانظميات قلبية ووهط دوراني. ويبدو أن ديسلفيرام ينقص عدد أيام الشرب لكنه لا يزيد من نسبة الانقطاع عن الشرب، ويعطى بجرعة ٨٠٠ ملغ في اليوم الأول من العلاج، وتخفض الجرعة على مدى ٥ أيام إلى ١٠٠-٢٠٠ ملغ/يوم.

ب- أكامبروسات acamprosate: لم تؤكد بعد آلية عمل

هذا الدواء الذي يؤثر في النقل العصبي المتعلق بغلوتامات وبالغابا. يخفف هذا الدواء التوق إلى الكحول وينقص عدد أيام الشرب ويزيد معدلات الامتناع، ولكن معظم المرضى يعودون إلى نوع ما من الشرب، ويعطى بجرعة ٦٦٦ ملغ ٣ مرات/يوم مع الطعام؛ وبجرعة أقل للبالغين الذين يقل وزنهم عن ٦٠ كغ.

ج- **نالتركسون naltrexone**: هو دواء حاصر للمستقبلات الأفيونية، ويُعتقد أنه يحصر بعض تأثيرات الكحول المعززة لسلوك التعاطي وينقص من الميل إلى النكس بعد معالجة الامتناع، ولكن تأثيره في إنقاص سلوك الشرب مازال بحاجة إلى براهين علاجية متينة، ويعطى بجرعة ٣٠ ملغ/يوم.

ثانياً- الأفيونيات:

عُرف الأفيون منذ آلاف السنين في عديد من الحضارات القديمة، والأفيون هو العصارة المستخلصة من زهرة نبات الخشخاش المعروف علمياً باسم Papaver somniferum، ويحتوي الأفيون الخام عشرين مركباً أفيوني الفعل opioids أهمها المورفين والكودئين. ويؤلف المورفين نحو ١٠٪ من العصارة الأفيونية، ويعد أقوى المركّبات الطبيعية المنشأ من حيث تأثيره مسكناً للألم، وله استعمالات طبيّة عديدة أهمها تسكين الألم في الحالات الحادة مثل الذبحة الصدريّة. أما الكودئين فيؤلف نحو ٠.٥٪ من الأفيون الخام، وهو يمتص بسهولة من السبيل المعدي المعوي ويتحول في الجسم إلى مورفين. وقد بقي الأفيون الخام المادة المستعملة لأغراض طبية علاجية ولأغراض غير طبية حتى عام ١٨٠٦ حين استخلصت منه مادة المورفين من قبل مساعد صيدلاني ألماني. وفي عام ١٩٥٢ رُكِّب المورفين بطريقة كيميائية صرفة، ثم صُنِعت مركبات أفيونية بطرائق كيميائية بحتة، ومن أهم تلك المركبات التصنيعية هدرومورفون hydromorphone وأوكسي كودون oxycodone وبروبوكسيفين propoxyphene وبنتازوسين pentazocine وميبيريدين meperidine وميثادون methadone وليفورفانول levorphanol وغيرها. ويعد الهيروين heroin (أو دي اسيتيل مورفين diacetylmorphine) مشتقاً أفيونياً نصف صنعي يحضّر من المورفين، وهو أكثر حلولية بالدسم من المورفين وأسرع عبوراً للحاجز الوعائي الدماغي، وله زمن بدء تأثير أقل؛ وقدرة مسكنة للألم أقوى، وهو يؤدي إلى حدوث اعتماد على نحو كبير، فقد استعمل في البداية لمعالجة إدمان المورفين؛ ولكن تبيّن أنّه أكثر إحداثاً للإدمان من المورفين، وحالياً لا يستعمل مطلقاً للأغراض الطبيّة وينحصر استعماله فقط في مجال سوء الاستخدام والاعتماد.

الوبائيات:

الهيروين هو أكثر المشتقات الأفيونية ارتباطاً بالإدمان في البلدان المتقدمة؛ إذ تشير الإحصاءات في الولايات المتحدة أنّ الانتشار مدى الحياة lifetime prevalence لتعاطي الهيروين هو ١٪، ويقدر عدد متعاطي الهيروين فيها بنحو ٦٠٠-٨٠٠ ألف شخص، ونسبة الذكور إلى الإناث بينهم ٣-١. يبدأ الأشخاص عادةً بتعاطي الهيروين في المراهقة وبداية العشرينيات، وتراوح أعمار معظم الأشخاص الذين لديهم اعتماد على الهيروين بين ٣٠ و ٤٠ سنة؛ ويبلغ معدل الزمن عند الذين يطلبون العلاج بين بدء الاعتماد وبين طلب العلاج ٢-٣ سنوات، ويقلع الأشخاص عن التعاطي بعمر ٤٠ سنة، مع أن الكثير منهم يستمر بالاعتماد حتى عمر ٥٠ سنة أو أكثر. ويكلف تعاطي الهيروئين الأشخاص الكثير من المال يومياً مما قد يجعلهم يلجؤون إلى النشاطات الإجرامية والبغاء للحصول على المال، وهذا ما يزيد من انتشار فيروس عوز المناعة البشري (HIV). أمّا الاعتماد على المشتقات الأفيونية الأخرى فيشاهد عادة في سياق علاجات طبيّة.

الفارماكولوجيا العصبيّة:

تحدث التأثيرات الأولية للأفيونيات بوساطة المستقبلات الأفيونية؛ فمستقبلات ميو ▯ تتواسط في تسكين الألم وتثبيط التنفس وارتفاع المزاج والإمساك وتثبيط المناعة والاعتماد، وتتواسط مستقبلات (كابا) في تسكين الألم والإدرار والتركين، أمّا مستقبلات (سيغما) فمن المحتمل أنّها تتواسط في تسكين الألم. وقد اكتشف في عام ١٩٧٤ الإنكيفالين enkephalin وهو ببتيد داخلي له تأثيرات مشابهة للأفيون، وقاد هذا الاكتشاف إلى معرفة ثلاثة أصناف من الأفيونيات الداخلية في الدماغ هي الأندورفينات والانكيفالينات والداينورفينات، وتبيّن أنّ لهذه المورفينات الداخلية شأن مهم في النقل العصبي وفي كبت الألم؛ إذ إنّها تتحرر على نحو طبيعي من الجسم حين يتعرض لأذيّات حادة. وإضافة إلى ما سبق فإنّ للأفيونيات تأثيرات مهمة في أنظمة النقل العصبي الدوبامينية والنورأدرنالية، فقد أشارت دراسات عديدة أنّ الخواص الإدمانية للأفيونيات تتم بوساطة دارة المكافأة الدوبامينية، كما أظهر تصوير الدماغ المقطعي بالإصدار البوزيتروني عند أشخاص معتمدين على الأفيونيات نقصاً في الجريان الدموي الدماغي في عدة مناطق من الدماغ.

المراضة المرافقة:

يقدر أنّ نحو ٩٠٪ من الأشخاص الذين لديهم اعتماد

على مشتق أفيوني لديهم اضطراب نفسي إضافي، والاضطرابات النفسيّة الأكثر شيوعاً هي الاكتئاب الجسيم والاضطرابات القلقية (اضطراب الهلع، رهاب المجتمع، رهاب الميادين، اضطراب الوسواس القهري)، كما أنّ نحو ١٥٪ من الأشخاص المعتمدين على مشتق أفيوني يحاولون الانتحار مرة واحدة على الأقل. وهذا الانتشار الكبير يجعل من الضروري أن تشتمل البرامج العلاجية للاعتماد على الأفيونيات على علاج المراضة المرافقة.

طرق التعاطي:

تعتمد طرق تعاطي الأفيونيات على نوع المشتق الأفيوني؛ فالأفيون يُدخَّن والمشتقات الأفيونية المتوافرة بأشكال صيدلانية يتم تعاطيها إما فموياً (مثل بروبوكسفين أو أوكسيكودون) وإما حقناً (مثل بنتازوسين أو بيتيدين). أما الهيروين فيتم تعاطيه بالاستنشاق مباشرة عبر الأنف، أو باستنشاق الدخان الناجم عن حرقه على ورق قصدير، أو بالحقن وريدياً أو تحت الجلد، ويصعب عادة تحديد جرعة الهيروين التي يتعاطاها الشخص من القصة السريرية لسببين: أولهما أن المريض لا يستطيع تحديد تركيز الهيروين في المادة التي يشتريها ويتعاطاها، وثانيهما أن المريض قد يُقر بتعاطي جرعات أكبر من الهيروين طمعاً بجرعات أكبر من الميتادون أو العلاجات الأخرى.

التأثيرات السريرية:

يؤدي تعاطي الأفيونيات إلى حدوث شمق euphoria عالٍ ولاسيما في الذين يتعاطونها وريدياً (يصفه المتعاطون وكأنه رعشة جنسية تشمل كامل الجسم)، وتشتمل الأعراض المرافقة على شعور بالدفء وبالهدوء وبالثقة بالنفس، وثقل في الأطراف، وجفاف فم، وحكة، وتوهج بالوجه خاصة بالأنف، وقلة الشعور بالألم والجوع والعطش والرغبة الجنسية، وخمول وتركين ونعاس وبطء نفسي حركي. وقد يؤدي تعاطي الأفيونيات عند الأشخاص المبتدئين إلى اكتئاب جزئي وإلى الغثيان والقياء. وتشتمل التأثيرات الفيزيولوجية للأفيونيات على تثبيط تنفسي وتضيق الحدقة وبطء حركة الجهاز الهضمي والإمساك وتشنج العضلات الملس في الحالبين والقناة الصفراوية. وقد أظهرت دراسات عديدة في النساء اللواتي لديهنّ اعتماد على المشتقات الأفيونية تزايد حالات الإجهاض، وموت الجنين داخل الرحم، والانسمام الحملي، وتأخر نمو الجنين مع زيادة نسبة حدوث التشوّهات، وحدوث اضطرابات نفسية متعددة في الأطفال المولودين. والتأثير الجانبي الأكثر شيوعاً والأخطر لتعاطي الأفيونيات هو احتمال انتقال فيروس HIV وفيروس التهاب الكبد B وC حين استعمال محاقن ملوثة من قبل أكثر من شخص. وقد يؤدي تعاطي الأفيونيات عند بعض الأشخاص إلى ارتكاسات تحسسية تتظاهر بصدمة تأقية ووذمة رئة قد تكون مميتة إذا لم تتم المعالجة مباشرة. وقد يتناول الشخص جرعة مفرطة overdose من الأفيونيات بسبب سوء التقدير أو لمحاولة الانتحار، أو نتيجة نمط تعاطٍ غير منتظم يفقد المريض فيه تحمل المادة، أو نتيجة تعاطي الأفيونيات متشاركاً مع مثبطات الجملة العصبيّة المركزية الأخرى مثل الكحول والبنزوديازيبينات. وتشتمل العلامات السريرية للجرعة المفرطة للأفيونيات على بطء التنفس والسبات وانخفاض الحرارة وبطء القلب وهبوط الضغط، وتحدث الوفاة بسبب توقف التنفس، ويجب أن يشك أولاً بتشخيص جرعة أفيونيات مفرطة حين وجود ثلاثي سريري يتألف من سبات وحدقات دبوسيّة وتثبيط تنفس.

الاضطرابات المرتبطة بتعاطي الأفيونيات:

١- التحمل والاعتماد: يؤدي تعاطي الأفيونيات مدة طويلة إلى حدوث التحمّل والاعتماد، ولا يحدث التحمل على نحو متساوٍ لكل تأثيرات الأفيونيات، فغالباً ما يستمر الإمساك؛ في حين يحدث تحمل عالٍ جداً لبعض التأثيرات التي قد تتطلب زيادة الجرعة ١٠٠ ضعف للحصول على التأثير المعتاد، فقد يحتاج المصابون بالسرطان - مثلاً- في المراحل النهائية إلى نحو ٢٠٠-٣٠٠ ملغ/يوم من المورفين؛ في حين أن جرعة ٦٠ ملغ قد تسبب الموت. يبدأ تحمل الشمق في أثناء الأسبوعين الأولين من التعاطي؛ لذلك يلجأ المتعاطون إلى زيادة الجرعة وقد يستطيع الأشخاص الذين يتعاطون الهيروين الوصول إلى ٠,٥ غ/يوم في عشرة أيام من التعاطي. ويختفي التحمل سريعاً بعد الامتناع لذلك قد تكون جرعة ما قبل الامتناع مميتة إذا أخذها المتعاطي بعد الامتناع المرافق للإقامة فترة من الوقت في المستشفى أو في السجن مثلاً.

٢- الانسمام: يحدث الانسمام بالأفيونيات مباشرةً بعد تعاطيها ويؤدي إلى حدوث تغيرات سلوكية سيئة التكيّف، أو تغيرات نفسية كالهياج النفسي الحركي، أو تبدل المزاج، أو خلل المحاكمة، أو اضطراب الأداء المهني أو الاجتماعي، إضافة إلى العلامات التالية: تضيق الحدقة، وتثاقل الكلام، النعاس أو السبات، ونقص الانتباه والتركيز، وانخداعات سمعية أو بصرية أو لمسية، وأهلاسات مع سلامة اختبار الواقع (يعرف المريض أنها ناجمة عن تعاطي الأفيونيات). ويحدث أحياناً

هذيان delirium يدعى "هذيان الانسمام بالأفيونيات" ويشيع حدوثه عند الأشخاص الذين يتعاطون جرعات عالية من الأفيونيات أو يتعاطون الأفيونيات مع مواد فعالة نفسياً أخرى؛ أو في الأشخاص المصابين بأذية عصبية مركزية كالصرع، كما يمكن أن يحدث أحياناً ذهان يدعى "الذهان المحدث بالأفيونيات" يتميز بظهور ضُلالات أو أهلاسات.

٣- السحب: يؤدي تعاطي الأفيونيات فترة طويلة إلى تغير عدد المستقبلات الأفيونية التي تتواسط بعض تأثيرات التحمل والامتناع، ومع أن الاستعمال طويل الأمد يرتبط بزيادة حساسية العصبونات الدوبامينية والكولينية والسيروتونينية، فمن المحتمل أن تكون تأثيرات الأفيونيات في العصبونات النورأدرينالية هي الوسيط الأولي لأعراض الامتناع عن الأفيونيات الذي يؤدي إلى فرط فعالية ارتدادية في تلك العصبونات. وقاعدة عامة حول بداية أعراض السحب ومدته فإن سحب المواد التي لها نصف عمر قصير يؤدي إلى أعراض سحب شديدة ولمدة قصيرة، أما سحب المواد التي لها نصف عمر طويل فإنه يؤدي إلى أعراض سحب متوسطة الشدّة ولكن لمدة أطول. تبدأ متلازمة الامتناع عن المورفين والهيروئين بعد ٦-٨ ساعات من آخر جرعة بعد فترة ١-٢ أسبوع من التعاطي المستمر، وتبلغ المتلازمة ذروتها في اليوم الثاني أو الثالث وتتلاشى في ٧-١٠ أيام؛ ولكن قد تستمر بعض الأعراض ستة أشهر. وتبدأ متلازمة الامتناع عن الميبيريدين بسرعة وتصل ذروتها بعد ٨-١٢ ساعة وتنتهي في ٤-٥ أيام، وتبدأ متلازمة الامتناع عن الميثادون بعد ١-٣ أيام من آخر جرعة وتنتهي في ١٠-١٤ يوماً.

تشتمل متلازمة سحب الأفيونيات على تشنجات عضلية شديدة وآلام عضلية، وإسهال غزير، وتشنجات بطنية، وسيلان أنف ودُماع، وانتصاب أشعار، وتثاؤب، وحمّى توسع حدقة، وتسرّع قلب، وارتفاع ضغط الدم، وعدم انتظام حرارة الجسم (فرط حرارة وانخفاض حرارة)، ورجفان وغثيان وقياء، وتململ، وهياج واكتئاب. ويحدث توقٌ شديد إلى الأفيونيات حين التوقف المفاجئ عن التعاطي عند شخص لديه اعتماد على الأفيونيات، ونادراً ما يحدث التوق عند الأشخاص الذين يستعملون مسكنات الألم الأفيونية من أجل مرض عضوي أو بعد الجراحة. وهناك أعراض متبقية - كالأرق وبطء القلب، وعدم انتظام حرارة الجسم، والتوق إلى الأفيونيات - قد تستمر لأشهر. ونادراً ما تهدد أعراض سحب الأفيونيات الحياة، ونادراً ما يحدث الموت ما لم يكن هناك مرض عضوي مرافق كآفة قلبية مثلاً.

٤- اضطرابات المزاج المحدثة بالأفيونيات: قد يبدأ اضطراب المزاج في أثناء الانسمام بالأفيونيات، وقد تكون الأعراض ذات طبيعة هوسية أو اكتئابية أو مختلطة.

٥- اضطراب النوم وسوء الوظيفة الجنسية: فرط النوم المحدث بالأفيونيات اضطراب أكثر شيوعاً من الأرق المحدث بها. أما سوء الوظيفة الجنسية الأكثر شيوعاً فهو العنانة.

المعالجة وإعادة التأهيل:

تتطلب معالجة الاعتماد على الأفيونيات تداخلاً متخصصاً، ويجب دائماً على الأطباء العامين الاتصال بالمراكز المتخصصة قبل محاولة العلاج.

١- فرط الجرعة: يجب توافر مجرى هواء التنفس والحفاظ عليه، وقد يتطلب الأمر اللجوء إلى التهوية الآلية، ويُعطى نالوكسون naloxone - وهو حاصر نوعي للأفيونيات - وريدياً بجرعة بدئية مقدارها ٠,٨ ملغ لكل ٧٠ كغ من وزن الجسم فتظهر علامات التحسن مباشرة (زيادة معدل التنفس، توسع حدقة)، وإن لم تحدث الاستجابة يكرر إعطاء النالوكسون بفواصل عدة دقائق، ويجب مراقبة المريض عدة ساعات بعد إعطاء النالوكسون؛ لأنّ تأثيراته قصيرة الأمد (٣٠-٦٠ دقيقة)، وقد يحتاج المريض جرعات إضافية منه.

٢- السحب وإزالة السميّة:

أ- ميثادون methadone: هو مشتق أفيوني صنعي يستخدم للأشخاص المعتمدين على الأفيونيات من أجل إزالة السميّة قصيرة الأمد (٧-٣٠) يوماً؛ وإزالة السميّة طويلة الأمد (حتى ١٨٠ يوماً)، وللصيانة (العلاج بعد ١٨٠ يوماً) يعطى فموياً بجرعة من ٢٠-٨٠ ملغ/يوم مرة واحدة. ويُعطى في أثناء الامتناع كلونيدين بجرعة ٠,١-٠,٣ ملغ ٣ مرات/يوم، وهو ناهض للمستقبلات ألفا ٢ الأدرينالينية في الجملة العصبيّة المركزية، وله فعّالية في إخماد الأعراض الناجمة عن تأثر الجملة العصبية المستقلة. وإنّ برامج الصيانة بالميثادون طويلة الأمد (عدة أعوام) أكثر فعاليّة من البرامج قصيرة الأمد (أقل من سنة) في إنقاص التعاطي المحظور للأفيونيات ولها فوائد متعددة، فهي:

- تنقص من خطورة الأمراض المعدية (الخمجية) التي تنتقل من خلال المحاقن الملوثة (فيروس HIV، فيروس التهاب الكبد B وC).
- تنقص من الأفعال الإجرامية وتجعل المرضى ينهمكون بنشاطات إيجابية ومريحة.
- تقلل من خطورة إصابة الأجنة وحديثي الولادة ووفاتها.

ولكنّ **السيئة الرئيسية** لاستعمال الميثادون هي أنّ المرضى

يبقون معتمدين على المخدر، لكن الميتادون يسبب شمقاً أقل، ونادراً ما يسبب اكتئاباً عندما يستعمل فترة طويلة.

ب- بيرينورفين buprenorphine: هو مركب صنعي، ناهض جزئي للأفيون، وله ولع شديد بالمستقبلات ميو، وهو علاج فعّال للصيانة ولا يختلف عن الميتادون في معالجة إزالة السميّة، ويستخدم أحياناً من أجل سحب الميتادون أو لتسهيل العبور من الميتادون إلى حاصرات مستقبلات الأفيونيات.

ج- لوفيكسيدين lofexidine: هو مركب غير أفيوني مرخص لتدبير أعراض سحب الأفيونيات في المرضى الذين يبلغ معدل استخدامهم الهيرويين اليومي حتى جرعة ٠,٥ غرام، أو المرضى الذين يتعاطون أدوية متعددة، أو الذين هم في مرحلة نهائية من سحب الميتادون.

٣- الوقاية من النكس: تستخدم للوقاية الدوائية من النكس حاصرات المستقبلات الأفيونية التي تحصر تأثيرات الأفيونيات من دون أن تسبب تأثيرات تخديرية ودون أن تسبب الاعتماد، والنالتروكسون هو الدواء الموثق من أجل معالجة الاعتماد على الأفيونيات، وهو يعطى بجرعة ٥٠ ملغ/يوم بعد فترة مناسبة خالية من تعاطي الأفيونيات، ولكنّ السيئة الرئيسية لهذه المعالجة هي صعوبة ضمان مطاوعة المريض في الاستمرار بتناول الدواء.

٤- المعالجة النفسيّة وإعادة التأهيل: تستطب المعالجات النفسيّة من أجل الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الأفيونيات، وتتم إعادة التأهيل ضمن المجتمعات العلاجية مثل "مدمنون مجهولون Narcotics Anonymous".

ثالثاً- القنبيات cannabinoids:

هو الاسم الذي اصطلح عليه لتسمية مجموعة من المستحضرات الهندية الأصل تشتق من القنب الهندي Indian hemp الذي عرف مدة طويلة من الزمن مصدراً لصناعة خيوط القنب وحبالها، وأطلق عليه فيما بعد الاسم اللاتيني Cannabis sativa. وهناك أصناف عديدة من هذه النبتة تزيد على الخمسين صنفاً تنمو في ظروف مناخيّة مختلفة وتختلف فيما بينها، كما تختلف نوعية المستحضر وفعاليته في النبتة الواحدة تبعاً لاستخلاصه من الساق أو من الأوراق أو من الأزهار، ويطلق على المادة المستخلصة منها أسماء مختلفة باختلاف البلدان، من هذه الأسماء "الحشيش" في معظم الدول العربية، و"الكيف" في المغرب، و"الماريغوانا" في أمريكا وأوربا، و"الماكونة" في أمريكا الجنوبية، و"البانج" في الهند، و"الداجا" في إفريقيا. ومهما كان نوع المستحضر ومصدر استخلاصه من أجزاء النبتة فإنَ المادة الرئيسة الفعّالة المستخلصة هي المركب الكيميائي تترا هدرو كانابينول tetrahydrocannabinol (THC)، وهي المادة المسؤولة عن الأعراض التي تصيب المتعاطي، وأكثر ما يكون تركيزها في إفرازات الزهرة ثم ينخفض تركيزها تدريجياً في أوراق النبتة وساقها. يستخرج الحشيش من القنب الهندي، أما الماريغوانا فتستخرج من القنب المكسيكي، ويحتوي الحشيش على ٥-١٠ أضعاف ما تحتويه الماريغوانا من المادة الفعّالة THC.

الوبائيات:

يعد تعاطي القنبيات أكثر شيوعاً من كل المواد المحظورة في معظم بلدان العالم؛ إذ تستخدم محاصيل القنب في بعض أجزاء شمالي إفريقيا وآسيا بطريقة تعاطي الكحول في المجتمع الغربي. وينتشر استخدام القنبيات المتقطع في أمريكا الشمالية وبريطانيا؛ ففي الولايات المتحدة يقدر أن نحو ٩٠,٨ مليون من البالغين بعمر ١٨ سنة فما فوق قد استعملوا الماريغوانا مرة واحدة على الأقل في حياتهم، ونحو ١٣٪ منهم هم مستخدمون منتظمون، ويبلغ معدل الاستخدام من قبل الذكور ضعف المعدل لدى الإناث بأعمار ٢٦ سنة فما فوق، وتضيق هذه الفجوة بين الجنسين في الأعمار الأكبر والأصغر، ولا يوجد اختلاف بين الجنسين بعمر ١٢-١٧ سنة. والجدير بالذكر أن هناك علاقة قوية بين تدخين التبغ وبين تعاطي القنبيات، كما تعدّ القنبيات خطوة أولى نحو إدمان الهيرويين في كثير من أنحاء العالم ولاسيما في المراهقين والشباب، ويقدر معدل هذا التصعيد من تعاطي القنبيات إلى مخدرات أقوى بنحو ٣٪ سنويا بين متعاطي القنبيات المنتظمين.

الفارماكولوجيا العصبية:

يحتوي نبات القنب على أكثر من ٤٠٠ مادة كيميائية، منها ٦٠ مادة ترتبط كيميائياً بالمادة الرئيسية الفعالة؛ وهي ٩- دلتا تترا هدرو كنابينول (9- delta-T.H.C) التي تتحول في الإنسان بسرعة إلى ١١-هدروكسي-٩- دلتا تترا هدرو كنابينول (11-hydroxy-9-delta-T.H.C) وهو المستقلب الفعال في الجملة العصبية المركزية. وقد تم تمييز مستقبلة نوعية للكنابينول وتحديدها وتوصيفها، هي المستقبلة القنّابيّة cannabinoid receptor التي تنتمي إلى عائلة المستقبلات المرتبطة بالبروتين G وتوجد بكثافة في النوى القاعدية والحصين hippocampus والمخيخ؛ وبتركيز منخفض في قشر الدماغ، ولا توجد في جذع الدماغ، مما يفسر ضعف تأثير القنبيات في الوظائف التنفسية والقلبية.

طرق التعاطي:

أكثر طرق التعاطي انتشاراً هي التدخين مع التبغ سواء

مع تبغ السجائر أم عن طريق الغليون أو النرجيلة أو الجوزة أو غيرها، وقد تؤخذ عن طريق الفم بمزجها بالأطعمة كالحلويات والكعك والعسل وتؤكل أو تغلى مع الشاي أو القهوة وتشرب، ويفوق تأثير القنبيات بطريق التدخين تأثيرها عن طريق الفم بثلاثة أضعاف.

التأثيرات السريرية:

يظهر تدخين القنبيات تأثيرات الشمق في دقائق وتصل إلى ذروتها في ٣٠ دقيقة وتستمر ٢-٤ ساعات، وتختلف التأثيرات بحسب الجرعة وطريقة التعاطي وتوقعات الشخص ومزاجه والوضع الاجتماعي. ويصف المتعاطون أنفسهم أحياناً بأنهم سعداء؛ ولكن يبدو أن القنبيات مثل الكحول تضخم المزاج الموجود سابقاً سواء ابتهاجاً كان أم اكتئاباً، كما يصفون زيادة المتعة بالخبرات الفنية وتشويه إدراك الزمان والمكان. والتأثيرات الجسدية الأكثر شيوعاً للقنّبيّات هي توسع الأوعية الدموية للملتحمة (العين الحمراء) وزيادة الشهية للطعام وجفاف الفم وتسرع القلب تسرعاً طفيفاً.

التأثيرات الجانبية:

تظهر التأثيرات الجانبية الخطيرة في الذين يتعاطون القنبيات على نحو مزمن؛ وأهمها سوء الهضم، والهزال، ونقص القدرة على مقاومة التعب، والتهاب الملتحمة المتكرر، والتهاب القصبات التنفسية، والاستعداد للنوب الاختلاجية، وتأذي الصبغيات، والعيوب الولادية، وضعف الارتكاس المناعي، وتغيرات في تراكيز التستوستيرون، واضطراب الدورة الطمثية.

الاضطرابات المرتبطة بتعاطي القنبيات:

١- التحمل والاعتماد: تبرهن البحوث على حدوث التحمل والاعتماد النفسي للقنّبيّات في الأشخاص المتعاطين جرعات عالية فترات طويلة من الوقت، ولكن تضعف قوة هذه البراهين في الذين يستخدمون جرعات صغيرة في فترات متقطعة.

٢- الانسمام بالقنبيات: تزداد حساسية متعاطي القنبيات للمنبهات الخارجية، وتبدو لهم تفاصيل إضافية جديدة تجعل الألوان زاهيةً أكثر من ذي قبل، ويبطئ إدراك الزمن، وقد يحدث لدى المتعاطي تبدد الشخصية والغربة عن الواقع [ر. الفحص والتشخيص في الطب النفسي]، وتضعف المهارات الحركية مما يؤثر في قيادة المركبات وتشغيل الآليات الثقيلة، وقد يحدث هذيان الانسمام بالقنبيات الذي يتصف بضعف واضح في الاستعراف وفي مهارات الأداء، وقد تضعف الذاكرة والإدراك وزمن الارتكاس والتناسق الحركي والانتباه حتى بجرعات القنبيات المعتدلة.

٣- الاضطراب الذهاني المحدث بالقنبيات: يشاهد هذا الاضطراب في البلدان التي يتناول فيها الأشخاص كميات كبيرة من القنبيات ذات القدرة العالية، والأكثر شيوعاً هو حدوث تفكير زوري عابر. وتشير الدراسات إلى أن الأشخاص الذين يتعاطون كميات كبيرة من القنبيات هم على خطورة أكبر لإصابتهم بالفصام، ولكن ما زال هذا الأمر موضع جدل.

٤- الاضطرابات القلقية المحدثة بالقنبيات: تعد الاضطرابات القلقية تشخيصاً شائعاً لحالات الانسمام بالقنبيات، وهي قصيرة الأمد ومحرضة بأفكار زورية غالباً، وقد ترافقها نوب هلع.

٥- متلازمة اللادافع amotivational syndrome: مع أن هذه المتلازمة رافقت استخدام القنبيات الكثيف والطويل الأمد، لكنها ما تزال موضع جدل فيما إذا كانت متعلقة بتعاطي القنبيات أم أنها تعكس سمات خاصة لدى مجموعة من الأشخاص بغض النظر عن تعاطي القنبيات. وتتسم هذه المتلازمة باللامبالاة والبلادة واللاانفعالية والتراخي وفقد الطاقة والخمول وعدم رغبة الشخص بالقيام بواجباته في المنزل أو في العمل أو في أي وضع يتطلب منه الانتباه والتماسك.

المعالجة وإعادة التأهيل:

يستند علاج تعاطي القنبيات إلى مبادئ علاج تعاطي المواد الأخرى وهي الامتناع والدعم، ويمكن تخفيف أعراض الامتناع عن تعاطي القنبيات بمداخلات مباشرة كالقبول في المستشفى؛ أو مراقبة المرضى الخارجيين مراقبة لصيقة بتحري المادة في البول؛ إذ يمكن كشف القنبيات ضمن مدة تصل إلى ٤ أسابيع عقب تناولها. وتكون أعراض سحب القنبيات محدودة وخفيفة على نحو عام وتظهر فقط حين التوقف فجأة عن تناول جرعات عالية، وهي تشتمل على التهيج والضجر والتململ والأرق والقهم، ويمكن إعطاء مضاد قلق للتخفيف من هذه الأعراض. أما الدعم فيمكن تحقيقه بوساطة العلاج النفسي الفردي والجماعي والأسري، ويجب أن يكون التثقيف حجر الزاوية لكل من برنامجي الدعم والامتناع، والأشخاص الذين لا يعدون تعاطي القنبيات مشكلة يكون لديهم دافع التوقف عنها ضئيلاً.

رابعاً- المهدئات أو المنوّمات:

تشتمل المهدئات sedatives أو المنومات hypnotics على أصناف دوائية متنوعة ومتغايرة التركيب الكيميائي لها

تأثيرات مثبطة للجملة العصبية المركزية مرتبطة بالجرعة وتبدأ بالتركيز وإزالة القلق مروراً بالتنويم لتبلغ التخدير والسبات. تستطب هذه الأدوية في الطب النفسي بوصفها منومات ومزيلات قلق، ولها استخدامات طبية أخرى مضادات للاختلاج ومرخيات عضلية أو أدوية مساعدة في التخدير، ولها تحمل متصالب مع الكحول، كما أنها قد تسبب اعتماداً نفسياً وجسدياً، وهي تشتمل على البنزوديازيبينات والباربيتورات ومواد مشابهة للباربيتورات.

١- البنزوديازيبينات benzodiazepines:

هي أدوية لها خصائص مزيلة للقلق ومركنة ومضادة للاختلاج ومرخية للعضلات وجميعها مفيدة في الممارسة السريرية، وقد حضّر أول مركب منها عام ١٩٦٠ وعرف باسم كلورديازيبوكسيد، ويتوافر حالياً عدد كبير منها، ويختلف بعضها عن بعض على نحو أساسي بعمرها النصفي وبفاعليتها potency، وتصنف ضمن المجموعات الأربع التالية:

أ- أدوية عالية الفاعلية وقصيرة فترة التأثير: البرازولام alprazolam، ميدازولام midazolam، لورازيبام lorazepam، إستازولام estazolam، تريازولام triazolam.

ب- أدوية عالية الفاعلية وطويلة فترة التأثير: كلونازيبام clonazepam.

ج- أدوية منخفضة الفاعلية وقصيرة فترة التأثير: أوكسازيبام oxazepam، تيمازيبام temazepam.

د- أدوية منخفضة الفاعلية وطويلة فترة التأثير: ديازيبام diazepam، كلورديازيبوكسيد chlordiazepoxide، كلورازيبات clorazepate، فلورازيبام flurazepam، هالازيبام halazepam، كوازيبام quazepam.

للبنزوديازيبينات مزايا واضحة وعديدة قياساً على الأدوية الأقدم منها؛ فبمقارنتها بالباربيتورات مثلاً تتمتع البنزوديازيبينات بـ:

- هامش جرعة أكبر بين حلّ القلق والتركين.
- ميل أقل لإحداث تحمل واعتماد، وكمون إدماني أقل.
- معدل أعلى لمتوسط الجرعة المميتة نسبة الى متوسط الجرعة الفعّالة.

وتستخدم البنزوديازيبينات على نحو أساسي بوصفها أدوية حالّة للقلق ومنومة ومضادة للصرع وأدوية تخدير؛ إلى جانب استخدامها في سحب الكحول، وقد انتشر استخدامها بسرعة وحلّت محل الباربيتورات وأصبحت من أكثر الأدوية التي توصف من قبل الأطباء، ولكن التنبه لخطورة الاعتماد عليها أنقص وصفها وعاد لا يسمح باستعمالها إلا بموجب وصفة طبية رسمية وتحت إشراف طبي بحسب ما جاء في اتفاقية العقاقير النفسية عام ١٩٧١.

الوبائيات: ينتشر استخدام البنزوديازيبينات على نحو واسع؛ إذ يقدر أنّ نحو ١٠٪ من الناس في أوربا وأمريكا يستخدمونها أدوية مزيلة للقلق ومنومة، ويستخدم ٦٪ من الناس هذه الأدوية على نحو قانوني، ويقدر مدى انتشار تعاطي البنزوديازيبينات بنحو ٣٪. وأكثر فئة عمرية لهذا التعاطي هي من ٢٦-٣٤ سنة، ويقدر متعاطو البنزوديازيبينات نحو ربع إلى ثلث مراجعي مراكز الإسعاف لمشاكل مرتبطة بتعاطي المواد. وفي حين يتعاطى بعض الأشخاص البنزوديازيبينات وحدها؛ فإن الأشخاص الذين يتعاطون الكوكائين غالباً ما يستخدمون البنزوديازيبينات لتخفيف أعراض الامتناع، كما أن الأشخاص الذين يتعاطون مشتقات الأفيون يستخدمون البنزوديازيبينات لتعزيز التأثيرات الشمقيّة. وبسبب سهولة الحصول عليها؛ يستخدمها أيضاً الأشخاص الذين يتعاطون المنبهات والمهلّسات لتخفيف أعراض القلق التي تحدثها هذه المواد.

الفارماكولوجيا العصبيّة: تنتج التأثيرات السريرية للبنزوديازيبينات من قدرتها على تسهيل عمل الغابا GABA؛ وهو الناقل العصبي الرئيس المثبط في الدماغ، فهي ترتبط بالمستقبلات GABAa في موقع محدد مما يؤدي إلى زيادة أُلفة المستقبل إلى الناقل العصبي داخلي المنشأ، ويؤدي ذلك إلى زيادة جريان شوارد الكلور المشحونة سلبياً إلى داخل العصبون وهي عملية تثبيطية تزيد من استقطاب العصبون. وتضعف التأثيرات في مستقبلات GABAa بعد الاستخدام المديد للبنزوديازيبينات فيصبح جريان شوارد الكلور إلى داخل العصبون أقل مما كان قبل استخدام البنزوديازيبينات، ويبدو أن هذا التنظيم التنازلي للمستقبلات هو نتيجة انخفاض في فعالية المزاوجة بين موقع ربط الغابا وتفعيل قنوات الكلور.

الحرائك الدوائية pharmacokinetics: يمتص معظم البنزوديازيبينات على نحو جيد لدى إعطائها فموياً على معدة فارغة، ويصل كثير منها إلى ذروة مستوياته المصلية في غضون ١-٣ ساعات، ويتأثر امتصاصها تأثراً كبيراً بمضادّات الحموضة. وتستقلب البنزوديازيبينات شائعة الاستخدام (باستثناء لورازيبام وأوكسازيبام وتيمازيبام) بوساطة الإنزيمات المكروزومية الكبدية لتشكل نواتج فعّالة دوائياً، وتندمج هذه المستقلبات الفعّالة في حمض

غلوكورونيك لتشكل غلوكورونيدات غير فعّالة؛ وهي أكثر انحلالاً بالماء من المركبات الأم لذلك فهي تُطرح بسرعة مع البول.

تختلف البنزوديازيبينات بسرعة بدء تأثيرها العلاجي مما يتيح خيارات واسعة ومهمة لتلبية حاجات المرضى، ويصل ديازيبام - وهو مركب سريع الامتصاص - إلى ذروة مستوياته المصلية في ساعة واحدة بعد جرعة فموية مفردة، أما مدة التأثير فتختلف بحسب العمر النصفي للدواء المستخدم.

طرق التعاطي: يتم التعاطي عن طريق الفم إما على نحو متقطع بالمناسبات للحصول على تأثير معين في فترة محددة على نحو منتظم (للحصول على حالة تسممية متوسطة أو شديدة)؛ ويشاهد التعاطي المتقطع عادة عند شاب يستخدم المادة للحصول على تأثير ما مثل الاسترخاء في المساء أو الشعور بالشمق فترة قصيرة من الوقت، وإما على نحو منتظم وهو غالباً ما يشاهد في الأعمار المتوسطة والطبقات الوسطى الذين غالباً ما يحصلون على المادة من عدة أطباء بوصفات للأرق أو القلق. والتعاطي عن طريق الوريد هو شكل شديد من أشكال سوء استخدام البنزوديازيبينات، ويرافقه تحمل سريع واعتماد ومتلازمة امتناع شديدة، ويكون المتعاطون بهذا الطريق عادة من البالغين الشباب المتورطين على نحو شديد بتعاطي مواد إدمانية غير مشروعة، وينجم عن التعاطي بهذا الطريق مضاعفات ناجمة عن الحقن تشتمل على انتقال فيروس HIV، والإصابة بأخماج وبالتهاب النسيج الخلوي وبتفاعل تحسسي وبعقابيل وعائية بسبب الحقن الخاطئ في الشريان.

الاضطرابات المرتبطة بتعاطي البنزوديازيبينات:

أ- التحمل والاعتماد: المشكلة الدوائية الرئيسية للبنزوديازيبينات سريرياً هي ميلها إلى إحداث التحمل والاعتماد، تظهر حالة التحمل والحاجة إلى جرعة أكبر بعد مرور ١٠-١٤ أسبوعاً من الاستعمال المتواصل والمعتدل. وتفسر ظاهرة التحمل لهذه المركبات بأنّها نتيجة تكيف مستقبلات البنزوديازيبين مع هذه المركبات؛ ونتيجة انخفاض النشاط الوظيفي لمستقبلات GABA المثبطة والمرتبطة بمستقبلات البنزوديازيبين. وكثيراً ما يحدث الاعتماد على البنزوديازيبينات نتيجة استخدامها الطبي؛ إذ قد يصبح نحو ثلث الأشخاص الذين يعالجون بأحد البنزوديازيبينات أكثر من ستة أشهر معتمدين عليه، وتزيد خطورة حدوث الاعتماد باستخدام المركَبات ذات العمر النصفي القصير أكثر مما تحدث عنها باستخدام المركّبات ذات العمر النصفي الطويل. وقد ينجم الاعتماد عن توافر البنزوديازيبينات بوصفها أدوية شوارع بسبب تأثيراتها المحدثة للشمق وتأثيراتها المهدئة، ومع ذلك فإنها تعد أقل بكثير إحداثاً للاعتماد من الأفيونيات والكحول والكوكائين.

ب- الانسمام: يحدث الانسمام بالبنزوديازيبينات في الذين يتناولون مقادير كبيرة منها؛ أو في بعض الذين يتناولون هذه المركبات على المدى الطويل حتى بجرعات معتدلة وذلك نتيجة تراكم هذه المركبات ومستقلباتها في الجسم. ويرافق الانسمام بالبنزوديزيبينات عدم تثبيط بالسلوك يتظاهر بسلوك هجومي عدواني أو سلوك جنسي غير مناسب؛ ولاسيما حين تستعمل البنزوديازيبينات مع الكحول. وتظهر إضافة إلى ذلك علامات أُخرى أهمها الكلام المتثاقل والرنح وعدم تناسق الحركات والمشية غير المتزنة وخلل الانتباه والتركيز وخلل الذاكرة والذهول stupor أو السبات. وللبنزوديازيبينات بعكس الباربيتورات والأدوية المشابهة للباربيتورات هامش أمان واسع حين تُؤخذ بجرعات عالية أو مفرطة بسبب ضعف التثبيط التنفسي الذي تحدثه البنزوديازيبينات؛ فنسبة الجرعة القاتلة إلى الجرعة الفعّالة هي ٢٠٠-١. ويصبح فرط الجرعة خطيراً حين يشرك استخدام البنزوديازيبينات بمواد مهدئة منومة sedative أُخرى مثل الكحول؛ إذ قد تسبب جرعة صغيرة من البنزوديازيبينات الموت في مثل هذه الحالات. ويعد فلومازينيل flumazenil مضاداً نوعياً للبنزوديازيبين يعكس تأثيرات البنزوديازيبينات وينقص الوفيات الناجمة عن الانسمام بها.

ج- الامتناع: ترافق الاعتماد على البنزوديازيبينات متلازمة امتناع (سحب) withdrawal تعتمد في شدتها على مدى الجرعة التي يتعاطاها الشخص وعلى مدة التعاطي، ولكنّ استخدام البنزوديزيبينات حتى بجرعات خفيفة ومدة قصيرة قد يتبعه متلازمة امتناع متوسطة الشدة فجرعة ١٠-٢٠ ملغ/يوم من الديازيبام المتناولة على مدى شهر مثلاً قد تتبعها متلازمة امتناع حين قطع تناول الدواء. ويدل بدء أعراض الامتناع على العمر النصفي للدواء المستخدم، وتبدأ الأعراض عادةً بعد ١-٢ يوم من آخر جرعة للأدوية قصيرة الأمد و٢-٥ أيام للأدوية طويلة الأمد، وتصل ذروتها بعد عدة أيام من بدئها، وتتلاشى ببطء على مدى ١-٣ أسابيع. وتشتمل أعراض الامتناع على الأرق والقلق ورجفان

اليدين والغثيان والقياء والتعرّق والتشنج العضلي وتعكر المزاج والهياج النفسي الحركي وعدم تحمل الضوء المتوهج أو الأصوات العالية وانخداعات أو هلوسة بصرية أو لمسية أو سمعية عابرة ونوب اختلاجية (بجرعات ٥٠ ملغ/يوم أو أكثر من الديازيبام)، وقد يحدث هذيان يدعى هذيان سحب البنزوديزيبينات.

د- الخرف الدائم: يمكن أن يؤدي تعاطي البنزوديازيبينات إلى حدوث اضطراب ذاكرة دائم، وقد تكون الحالات أحياناً تحت سريرية، وهناك حالات من نوب فقدان ذاكرة ترافق تعاطي بنزوديازيبينات قصيرة الأمد فترة قصيرة. كما قد يحدث خرف دائم ولكن ليس من المؤكد إذا كان هذا الخرف ناجماً عن تعاطي البنزوديازيبينات نفسها أو بسبب صفات خاصة في الشخص مرافقة للتعاطي.

هـ- الاضطراب الذهاني: قد تحدث أعراض ذهانية نتيجة الانسمام بالبنزوديازيبينات أو سحبها، وهي أكثر شيوعاً في الباربيتورات منها في البنزوديازيبينات، وتظهر الأعراض بعد أسبوع تقريباً من الانقطاع عن التعاطي، وهي تشتمل على هياج وضُلالات وأهلاسات غالباً ما تكون بصرية وتكون في بعض الأحيان لمسية أو سمعية.

و- اضطرابات أخرى: قد يؤدي تعاطي البنزوديازيبينات إلى اضطرابات المزاج واضطرابات قلق واضطرابات النوم وسوء وظيفة جنسية وغيرها من الاضطرابات الأخرى.

المعالجة: تتضمن معالجة الاعتماد على البنزوديازيبينات سحبها التدريجي بمدة ثمانية أسابيع على الأقل بالمشاركة مع الدعم النفسي. وتكون أعراض الامتناع أكثر شدة حين تكون البنزوديازيبينات ذات عمر قصير وقدرة عالية، لذلك يقترح غالباً تحويل هؤلاء المرضى إلى بنزوديازيبينات مديدة التأثير مثل الديازيبام قبل البدء بسحبها، والقاعدة العامة هي خفض جرعة البنزوديازيبينات بمقدار الثُمن كل أسبوعين، ولكن إذا أبدى المريض أعراض سحب مزعجة أمكن المحافظة على الجرعة أو حتى زيادتها مؤقتاً حتى تستقر الأعراض. وقد يصعب تحديد جرعة ابتدائية مناسبة حين تعاطي المريض لجرعات كبيرة من البنزوديازيبينات، ولكن يجب على نحو عام ألا يعطى المريض أكثر من ٤٠-٦٠ ملغ/يوم، على أن يتم إنقاص هذه الجرعة تدريجياً إلى النصف على مدى ستة أسابيع.

قد يعاني بعض المرضى حين خفض جرعة البنزوديازيبينات إلى النهاية أعراض امتناع مزعجة تستقر عادة في الأسابيع القليلة التالية، ولكن قد يستمر القليل من المرضى في معاناة أعراض تشبه أعراض السحب عدة أشهر أو حتى سنوات بعد قطع البنزوديازيبينات (متلازمة الامتناع المديد). وأشارت تقارير عديدة إلى أن الكاربامازيبين قد يكون مفيداً في علاج سحب البنزوديازيبينات.

الوقاية: تقوم الوقاية من إساءة استخدام البنزوديازيبينات والاعتماد عليها على تقييد وصفها؛ فالعلاجات النفسية لمعظم اضطرابات القلق فعالة، كما تفيد المقاربات غير الدوائية في معالجة الأرق، وإذا وصفت البنزوديازيبينات فيجب أن تكون لفترة قصيرة ومن أجل تخفيف الأعراض التي تسبب العجز أو الانزعاج الشديد. وقد تكفي النصائح المقدمة من الطبيب العام لأن تحث ما بين ٢٠-٤٠٪ من متعاطي البنزوديازيبينات على إنقاص الجرعة اليومية أو حتى قطعها.

٢- الباربيتورات barbiturates:

تُشتق البنية الكيميائية للباربيتورات من حمض الباربيتوريك غير الفعّال دوائياً، وتستعمل الباربيتورات إما أدوية مهدئة ومنوّمة (مثل باربيتال barbital) وإما أدوية مضادة للصرع (مثل فينوباربيتال phenobarbital) وإما أدوية مخدِّرة (مثل بنتوباربيتال pentobarbital)، وقد تضاءل وصف الباربيتورات كثيراً على مدى العقدين الأخيرين؛ إذ فُضِّلت عليها البنزوديازيبينات ومضادات الاكتئاب الأحدث ولاسيما أن الباربيتورات تُحدث تحمُّلاً واعتماداً ومتلازمة امتناع شديدة؛ كما أنها تسبب الموت بالجرعات المفرطة، وبذلك أصبح استخدام الباربيتورات نادراً بما في ذلك الاستخدام المحظور.

التحمُّل والاعتماد: يحدث تحمُّل الباربيتورات بسرعة أقل من الأفيونيات، لكنه حين يحدث يكون خطراً جداً؛ لأن التحمل للتأثير المهدئ يحدث لمدى أكبر من التأثير المثبّط للمراكز الحياتية، وبذلك يزداد خطر الجرعة العالية غير المقصودة. ويتناول العديد من الأشخاص المعتمدين على الباربيتورات هذه الأدوية فموياً، وهم عادةً متوسطو العمر أو مسنون كانوا قد بدؤوا بتناول هذه الأدوية لأنها وُصِفت لهم لاستخدامها منوِّمات، ويتعاطى بعضهم الباربيتورات وريدياً بحلّ الكبسولات، وهم عادةً يافعون ويتعاطون أدويةً وريديةً أخرى.

متلازمة الامتناع: الإيقاف المفاجئ للباربيتورات في المعتمدين عليها خطيرٌ جداً وقد يؤدي إلى هذيان يشبه الهذيان الارتعاشي الذي يحدث بعد سحب الكحول، وقد يؤدي إلى نوب صرعية وأحياناً تحدث الوفاة بسبب وهط

قلبي وعائي. تبدأ متلازمة الامتناع بقلق وضجر واضطراب نوم وقهم وغثيان ثم تتطور الأعراض إلى قياء وحمى ورجفان وانخفاض ضغط الدم وتوهان وأهلاسات ونوب صرع كبير.

المعالجة: يجب أن تكون معالجة الامتناع دائماً داخل المستشفى إلا إذا كان المريض يتعاطى جرعة خفيفة ولا توجد لديه قصة صرع فيمكن عندها أن تتم المعالجة خارج المستشفى، ويجب تجنّب مضادات الذُهان لأنها قد تخفض عتبة الاختلاج.

خامساً- الكوكائين cocaine:

هو المادة الرئيسة المتوافرة في أوراق نبتة الكوكا، وهي شجيرة تنمو في أمريكا الجنوبية وتسمى علمياً Erythroxylon coca. عُزل الكوكائين أول مرة عام ١٨٦٠، وأول ما استخدم مخدراً موضعياً عام ١٨٨٠، وما يزال يستخدم في التخدير الموضعي ولاسيما في جراحات العين والأنف والحنجرة حيث يستفاد من تأثيراته المسكنة والمقبضة للأوعية، وهو المخدر الموضعي الوحيد الذي له خاصيّة المقبِض الوعائي. استخدم الكوكائين في ثمانينيات القرن التاسع عشر وتسعينياته لعلاج العديد من الأمراض، وأقدم فرويد شخصياً على تجربة تعاطي الكوكائين وافترض أنّ الكوكائين يستطيع إطفاء التوق الذي يعانيه مدمن المورفين واستطاع أن يشفي زميله من إدمان المورفين ولكنه حوّله إلى إدمان الكوكائين. وكان الكوكائين المادة الفعّالة في شراب "الكوكا كولا" حتّى عام ١٩٠٢ حين استبدل به الكافيين مع الإبقاء على النكهة والطعم السابقة للمشروب. وفي عام ١٩١٤ عرفت تأثيراته الجانبية وتأثيراته الإدمانية وصنف مادة مخدرة، ووُضع تحت الرقابة الدوائية استناداً إلى معاهدة الأفيون الدولية الموقّعة في لاهاي عام ١٩١٢.

مستحضرات الكوكائين وطرق تعاطيها:

١- أوراق نبتة الكوكا: تمضغ أوراق الكوكا الطازجة وذلك من قبل السكان الأصليين للبلدان المنتجة لنبتة الكوكا، وهذه الطريقة نادراً ما تؤدي إلى الاعتماد على الكوكائين أو إلى اضطرابات عقلية.

٢- معجون الكوكا: يستخلص من أوراق الكوكا وذلك بإضافة مذيبات عضوية (مثل الغازولين)، ويدخن بالغليون وأحياناً بلفافات بعد مزجه بالتبوغ أو بالقنبيات (الحشيش، الماريغوانا)، وتستعمل أيضاً في البلدان التي تنبت فيها شجرة الكوكا.

٣- مسحوق كوكائين هايدروكلورايد cocaine hydrochloride: هو أكثر المستحضرات المستعملة خارج البلدان المنتجة لنبتة الكوكا، وهو مسحوق ناعم الملمس بلّوري أبيض اللون عديم الرائحة يشبه ندف الثلج، ويستعمل عن طريق الاستنشاق من المنخرين أو عن طريق الحقن الوريدي بعد إذابة المسحوق بالماء.

٤- الكراك crack: هو شكل عالي الفاعلية للكوكائين، يصنع بإضافة كاشف (مثل الأمونيا، كربونات الصودا) إلى مسحوق كوكائين هايدروكلورايد فيتحرر من مركب هايدروكلورايد وينتج الكوكائين القلوي free base أو ما يعرف بالكراك الذي يتصف بأنّ له درجة اشتعال حرارية منخفضة تجعله صالحاً للتدخين، وهو يُحدث تأثيراته في المتعاطي بسرعة كبيرة في عدة ثوان.

الوبائيات:

كان تعاطي الكوكائين في البداية محصوراً في المجتمعات التي تنتج نبتة الكوكا، ولكنّ إنتاج مستحضرات مختلفة من الكوكائين سهّل تصديرها إلى مناطق مختلفة فاتسع تعاطيه على نحو أكبر ولاسيما في الولايات المتحدة وأوربا الغربية وأمريكا الجنوبية: ففي الولايات المتحدة استخدم الكوكائين مدة سنة ٥,٩ مليون شخص (نحو ٢,٥٪ من السكان) بأعمار ١٢ سنة وما فوق، واستخدمه مدة أشهر أكثر من ٢,١ مليون شخص (نحو ٠,٩٪). وتدل الدراسات على أن الذكور أكثر تعاطياً من الإناث بمرتين، كما تدل على أن أعلى معدلات تعاطي الكوكائين والكراك والاعتماد عليه تكون في أشخاص بأعمار ١٨-٢٥ سنة.

ينتشر تناول أوراق الكوكائين الخضراء على نحو عام بين مختلف الأعمار في البلدان المنتجة لنبتة الكوكا، أما الكوكائين الصافي فأكثر انتشاراً بين أفراد الطبقة الوسطى والغنيَة في المجتمع، وفي السنوات الأخيرة انتشر الكوكائين بين أفراد الطبقة الفقيرة ولاسيّما بين المراهقين والشباب أيضاً نتيجة رخص ثمن بعض مستحضراته وخاصّة الكراك، ولا تتوافر في بلادنا إحصائيات موثوقة عن نسبة الانتشار ولكنّها من المؤكد أقل بكثير من نسبة الانتشار في العالم الغربي.

الفارماكولوجيا العصبيّة:

الفعل الرئيسي الفارماكودينامي pharmacodynamic للكوكائين والمرتبط بتأثيراته السلوكية هو حصر تنافسي لاسترداد الدوبامين إلى النهايات العصبيّة قبل المشبكية، مما يؤدي إلى زيادة تركيز الدوبامين في المشابك synapses العصبيّة وبالتالي زيادة فعّاليته. وقد أظهر التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني PET في مرضى يتعاطون الكوكائين

اشتداد فعالية النظام الدوبامينى الميزولبي عند حدوث توق شديد للكوكائين، كما يؤدي الكوكائين إلى نقص الجريان الدموي الدماغي ونقص استهلاك الغلوكوز في بعض مناطق الدماغ. ومع أنَّ التأثيرات السلوكية تُعزى على نحو رئيس إلى حصر استرداد الدوبامين، فإنّ الكوكائين يثبط أيضاً استرداد النورأدرينالين والسيروتونين. تحدث تأثيرات الكوكائين مباشرةً بعد التعاطي وتستمر وقتاً قصيراً نسبيّاً (٣٠-٦٠ دقيقة)، لذلك يكرر المتعاطون الجرعات للحفاظ على التأثيرات، أما مستقلبات الكوكائين فيستمر وجودها في البول حتى ١٠ أيام.

التأثيرات السريرية:

يعد الكوكائين من أقوى منبهات الجهاز العصبي المركزي، فبعد تعاطي كمية قليلة من الكوكائين يشعر الفرد بالشمق والابتهاج والثقة بالنفس وفرط تقدير الذات وزيادة الإدراك العقلي واللباقة في الحديث وقوة الذاكرة وتحسن ملحوظ في المهام العقلية والفعالية الحركية واضمحلال التعب، ولكن هذا التأثير المنشط يستمر فترة قصيرة (٤٥ دقيقة - ساعتين) يصاب الفرد بعدها بانهيار مفاجئ ينقله إلى حالة من الاكتئاب الجزئي والإحساس بالحزن والكآبة والخمول والكسل، مع أعراض قلق وارتعاش، وتتلاشى هذه الحالة في ٢٤ ساعة. وغالباً ما يتناول المتعاطي الكوكائين بجرعات متكررة لكي يحافظ على تأثيراته مما يزيد من التأثيرات السمية للكوكائين في النواحي النفسية والعضوية.

التأثيرات الجانبية:

التأثير الجانبي الشائع لتعاطي الكوكائين عن طريق الاستنشاق من المنخرين هو احتقان أنفي دائم وحدوث التهاب في مخاطية الأنف وتورمها ونزفها وتقرحها، وقد يؤدي التعاطي فترة طويلة إلى انثقاب الحاجز الأنفي. ويؤدي تعاطي الكراك عن طريق التدخين إلى ضرر الرئتين، أما تعاطي الكوكائين الوريدي فإنّه يسبب خمجاً في مكان الحقن وانسداداً وعائياً دموياً وانتقال فيروس HIV. وتشتمل المضاعفات العصبية الصغرى لتعاطي الكوكائين على خلل توتر dystonia حاد وعرّات وصداع شبيه بالشقيقة، أما المضاعفات الكبرى فهي وعائية دماغية واختلاجية وقلبية:

١- التأثيرات الوعائية الدماغية: أكثرها شيوعاً الاحتشاءات الدماغية غير النزفية وهجمات نقص تروية عابرة.

٢- الاختلاجات: تحدث الاختلاجات في ٣-٨٪ من الأشخاص الذين يتعاطون الكوكائين ويراجعون مراكز الإسعاف، ويعد الكوكائين أكثر مادة فعّالة نفسياً تسبب الاختلاجات، وهي عادة ما تكون نوبة واحدة وأحياناً عدة نوب أو حالة صرعية.

٣- التأثيرات القلبية: الاضطرابات الأكثر شيوعاً احتشاء العضلة القلبية واضطرابات نظم القلب، كما قد يحدث اعتلال عضلة قلبية نتيجة التعاطي فترات طويلة.

٤- الموت: قد يؤدي تعاطي جرعات مفرطة من الكوكائين إلى الموت ويكون ذلك بسبب الاختلاجات أو تثبيط التنفس أو احتشاء العضلة القلبية أو مرض وعائي دماغي، كما قد يحدث الموت نتيجة تعاطي مزيج من الأفيونيات والكوكائين.

الاضطرابات المرتبطة بتعاطي الكوكائين:

١- التحمل والاعتماد: ساد الاعتقاد مدة طويلة أن مستحضرات الكوكائين هي مستحضرات ترفيهية ولا تسبب الإدمان، ولكن تبين فيما بعد أنّ للكوكائين خواص إدمانية قوية بسبب قوته بوصفه معززاً إيجابياً للسلوك والاستمرار بتعاطيه فترات طويلة يؤدي إلى حدوث التحمل ونشوء حالة الاعتماد.

٢- الانسمام: يحدث التسمم بالكوكائين نتيجة تناول جرعات كبيرة منه وأغلب ما يحدث ذلك نتيجة لسوء التقدير لمقادير الجرعات المتناولة وقوتها، وتشتمل أعراض الانسمام وعلاماته على تغيرات سلوكية أو تغيرات نفسية هي: الشمق أو التبلد الوجداني، وفرط التيقظ والحذر، وخلل المحاكمة، وخلل الأداء المهني أو الاجتماعي، والقلق، والتوتر، وسلوكيات نمطية، وهياج نفسي حركي أو تعويق، وأفكار عظمة، وأفكار مرجعية، وشكوك زورية قد تؤدي إلى سلوك عدواني، واضطرابات إدراكية مثل الانخداعات أو الأهلاسات السمعية والبصرية، إضافة إلى تسرع القلب أو تباطئه ، وتوسع الحدقة، وارتفاع الضغط الشرياني أو انخفاضه، والتعرق أو القشعريرة، والغثيان أو القياء، والإحساس بحشرات تزحف تحت الجلد، والضعف العضلي، والألم الصدري أو اللانظميات القلبية، وعسر الحركة أو عسر المقوية، والنوب الاختلاجية، وتثبيط التنفس، والسبات.

وقد يحدث هذيان يدعى هذيان الانسمام بالكوكائين وهو شائع الحدوث في الذين يتعاطون جرعات كبيرة من الكوكائين فترات طويلة أو الذين يتعاطون الكوكائين بعد مزجه بمواد أُخرى فعّالة نفسياً، مثل الامفيتامين أو الأفيونيات أو الكحول.

٣- الامتناع: تحدث حالة انهيار بعد التوقف عن تعاطي الكوكائين أو بعد الانسمام الحاد به، تشتمل على الأعراض

التالية: اكتئاب جزئي، وفقد استمتاع، وقلق، واستثارة وأحياناً هياج، وتعب، وفرط نعاس، وتوق شديد للكوكائين، وأفكار انتحارية، تنتهي هذه الأعراض بفترة ١٨ ساعة في الأشخاص الذين يتعاطون كميات قليلة الى متوسطة من الكوكائين، أما في الأشخاص الذين يتعاطون كميات كبيرة فقد تستمر الأعراض أسبوعاً. وذكرت بعض الحالات التي استمرت متلازمات السحب فيها عدة أسابيع أو عدة أشهر. ويحاول الأشخاص الذين يعانون متلازمة السحب عادة معالجة أنفسهم بالكحول أو المهدئات أو المنومات.

٤- اضطراب ذهاني: يحدث اضطراب ذهاني في نحو ٥٠٪ من الأشخاص الذين يتعاطون الكوكائين، ويعتمد ذلك على الجرعة ومدة التعاطي وحساسية المتعاطي للكوكائين، وهو شائع الحدوث في الأشخاص الذين يتعاطون الكوكائين بالوريد والكراك؛ وفي الرجال أكثر من النساء.

الأعراض الأكثر شيوعاً هي التوهمات الزورية والإهلاسات ولاسيما البصرية والحسية، وقد يتظاهر الاضطراب الذهاني بسلوك جنسي بذيء وغريب أو سلوك عدواني عنيف وشديد مرتبط بمحتوى التوهمات الزورية أو الأهلاسات.

٥- اضطراب مزاج واضطراب قلق: قد يحدث اضطراب مزاج نتيجة الانسمام بالكوكائين أو الامتناع عنه، ويكون اضطراب المزاج الناجم عن الانسمام عادة بشكل الهوس أو الهوس الخفيف hypomania، أما اضطراب المزاج الناجم عن الامتناع فيكون على شكل اكتئاب. وفيما يخص الاضطرابات القلقية التي قد تحدث نتيجة الانسمام بالكوكائين أو الامتناع عنه فأكثرها شيوعاً: الهلع، والوسواس القهري، والرهابات.

٦- سوء وظيفة جنسية: يحدث سوء الوظيفة الجنسية نتيجة الانسمام بالكوكائين، وعلى الرغم من أن الكوكائين يستعمل منشطاً جنسياً أو وسيلة لتأخير الرعشة الجنسية فإن استعماله المتكرر قد يؤدي إلى حدوث العنانة.

٧- اضطراب نوم: قد يحدث اضطراب النوم في أثناء الانسمام بالكوكائين ويتظاهر بعدم القدرة على النوم، كما قد يحدث في أثناء السحب ويتظاهر بنوم متقطع أو فرط النوم.

المعالجة:

١- إزالة السمّيّة: إن الأعراض العضوية الناجمة عن سحب الكوكائين أقل شدة من الأعراض الناجمة عن سحب المواد الأخرى مثل الأفيونيات والكحول والمهدئات، لذلك يمكن معالجة متلازمة الامتناع خارج المستشفى. ولا توجد أدوية موثّقة تنقص من شدة السحب، وقد تتطلب التهدئة بالبنزوديازيبينات وفي الحالات الشديدة بمضادات الذهان، ويتم تدبير النوب الاختلاجية وارتفاع ضغط الدم بالطرق المعتادة، ويحتاج الشفاء عادة إلى أسبوع حتى أسبوعين.

يستطب الاستشفاء الكلّي أو الجزئي في بعض الحالات من أجل إبعاد المرضى عن المجتمع الذي يحصلون منه على الكوكائين أو يتعاطونه فيه؛ إضافة إلى مراقبة مستمرة بتحليل البول ولاسيما في الأسابيع أو الأشهر الأولى.

٢- الوقاية من النكس: لا توجد معالجة دوائية فعّالة لعلاج اعتماد الكوكائين ومعظم المرضى لا يأتون للمعالجة طوعياً بسبب تجربتهم الممتعة جداً مع المادة، كما أن المعالجة تكون صعبة بسبب التوق الشديد المترافق الذي يرافق الامتناع. ويبدو أن مضاد الاكتئاب ثلاثي الحلقة ديسيبرامين desipramine أو إيميبرامين imipramine قد يخفف من التوق إلى المادة. وتعتمد الوقاية من النكس على نحو رئيس على التدخلات النفسية الاجتماعية، وتشتمل على المعالجة الفردية والجماعية والأسرية.

سادساً- الأمفيتامينات amphetamines:

هي مجموعة كبيرة من المركبات الكيميائية ومشتقاتها، ومشابهاتها بنيةً أو فعلاً، تؤثر مباشرةً في الجهاز العصبي المركزي وتحدث نتيجة لذلك زيادة واضحة في النشاط الجسمي والعقلي. وكان العقار أمفيتامين سلفات (بنزدرين Benzedrine) أول هذه الأدوية، وقد صنع عام ١٨٨٧ وبدأ استخدامه في الممارسة الطبية عام ١٩٣٢ دواءً استنشاقياً يباع من دون وصفة طبية لعلاج الربو والاحتقان الأنفي. وابتداءً من عام ١٩٧٠ بدأ الحد من الانتشار الواسع للأمفيتامينات وأصبحت استطباباتها الحالية محصورة بالنوم الانتيابي وباضْطِراب نَقْصِ الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط. والأمفيتامينات الرئيسية المستخدمة حالياً هي: ديكستروأمفيتامين، ميتأمفيتامين، متيل فينيدات، خليط ملحي من دكستروأمفيتامين وأمفيتامين. وبعيداً عن الاستخدامات الطبية قد تستخدم الأمفيتامينات لإحداث الشمق ولزيادة الأداء من قبل الطلاب الذين يدرسون للامتحان مثلاً وسائقي الشاحنات على خطوط سفر طويلة ورجال الأعمال والرياضيين في المباريات.

الوبائيات:

تُعد الأمفيتامينات أكثر العقاقير المحظورة استخداماً بعد القنبيات في الولايات المتحدة وبريطانيا وآسيا وأستراليا وعديد من دول غربي أوربا. وتستخدمها الشرائح الاجتماعية

والاقتصادية كافة، وتزداد بين السكان البيض ذوي المهن التخصصية، ويقدر معدل وقوع الاعتماد وسوء الاستخدام مدى الحياة بـ ١,٥٪. وتصنع معظم الأمفيتامينات - على نحو محظور- للاستخدام بوصفها أدوية شارع يتم تناولها عن طريق الفم؛ أو استنشاقاً عن طريق الأنف؛ أو عن طريق الحقن الوريدي، وهناك شكل نقي للأمفيتامينات هو متيأمفيتامين (ويدعى الجليد ice) يستخدم استنشاقاً أو تدخيناً أو حقناً وريدياً، ويوصف بأن له تأثيرات قوية، ويرافق تعاطيه ارتكاب الجرائم على نحو شديد.

الفارماكولوجيا العصبية:

تبدي الأمفيتامينات التقليدية (أي دكسترو امفيتامين، ميتأمفيتامين، ميتيل فنيدات) تأثيراتها الرئيسية عن طريق تحرير الكاتيكولامينات وبالتحديد الدوبامين من النهايات ما قبل المشبكية (دارة المكافأة الدوبامينية)، كما تؤدي الأمفيتامينات المصممة designer مثل MDMA وMMDA وMDEA إلى تحرير الدوبامين والنورابينفرين والسيروتونين؛ وهي النواقل العصبية التي تتأثر على نحو رئيس بالمهلْسات، لذا فإن التأثيرات السريرية للأمفيتامينات المصممة هي مزيج من تأثير الأمفيتامينات التقليدية وتأثيرات المهلْسات.

التأثيرات السريرية والجانبية:

تمتاز جميع الأمفيتامينات بأنها سريعة الامتصاص فموياً وبأن مفعولها سريع، ويبدأ بمدة ساعة من تناولها فموياً، ومباشرة عندما تؤخذ بالحقن الوريدي، وتؤدي جرعات صغيرة منها في أشخاص لم يستخدموها سابقاً إلى زيادة الإحساس بالحالة الحسنة وحدوث شمق ومودة وتحسين الانتباه وزيادة الأداء في المهام المكتوبة واللفظية والأدائية، مع نقص التعب وحدوث قهم وارتفاع عتبة الألم. أما تعاطي الأمفيتامينات بجرعات عالية وفترات طويلة فإنه يؤدي إلى أعراض جسدية تشتمل على توسع الحدقة والحمى والتعرق والصداع والخفقان وتسرع القلب واضطراب نظم القلب (خوارج انقباض) وارتفاع الضغط الشرياني والغثيان والقياء والألم البطني والرجفان والرنح وصرير الأسنان، وتعد علامات سوء التغذية من مظاهر تعاطي الأمفيتامينات بسبب تثبيط مركز الشهية للطعام. وتتناسب تأثيرات الأمفيتامينات طرداً مع كمية المادة التي يتعاطاها الشخص؛ ففي الجرعات العالية يرتفع ضغط الدم ارتفاعاً شديداً ويحدث خناق الصدر ولانظميات قلبية وحوادث وعائية دماغية وأحياناً وهط قلبي دوراني وتكزّز؛ وفي الجرعات المفرطة تحدث أعراض عصبية كالنوب الصرعية والسبات وقد تحدث الوفاة.

أما التأثيرات النفسية والسلوكية لتعاطي الأمفيتامينات فتشمل فرط النشاط، والاكتئاب الجزئي، والأرق، والاستثارة، والهياج، وسرعة الانفعال، وتحدث بالجرعات العالية استجابات عدوانية وأفكار زورية وفقدان الثقة بالنفس وبالآخرين وهذيان وأعراض ذهانية.

الاضطرابات المرتبطة بالأمفيتامينات:

١- **التحمل والاعتماد والامتناع:** للأمفيتامينات خاصيّة التحمل؛ فالمتعاطي يزيد الجرعة باستمرار للحصول على التأثير المطلوب، وقد يحدث هذا التحمل بمدة بضعة أسابيع. وللأمفيتامينات قدرة سريعة على إحداث الاعتماد، ويعرف الاعتماد على الأدوية المنبهة من قصة نشاط فائق وحيوية عالية تتبدل إلى همود واكتئاب. وتحدث متلازمة الامتناع بشدات متفاوتة عند الانقطاع عن تعاطي الأمفيتامينات؛ وتتألف على نحو رئيس من انخفاض المزاج، ونقص الطاقة، وتعوق نفسي حركي أو هياج، وأرق أو فرط نوم وكوابيس ليلية، وزيادة الشهية للطعام، وقد يكون الاكتئاب شديداً في بعض الحالات - ولاسيما في الذين يتعاطونها بكثرة - فيرافقه قلق ورجفان وتعب وكوابيس مع توق شديد إلى المادة وسيطرة أفكار انتحارية.

٢- **الذهان المحدث بالأمفيتامين:** تسبب الجرعات العالية والمطوّلة مظاهر ذهانية أهمها التوهمات الاضطهادية والأهلاسات السمعية والبصرية التي يرافقها أحياناً سلوك عدواني خطير، ويمكن تفريق الاضطراب الذهاني المحدث بالأمفيتامينات عن الفصام الزوري بعدة صفات تفريقية مرافقة للأول تشتمل على بروز الأهلاس البصرية وفرط النشاط وفرط الجنسانية sexuality ووجدان ملائم وتخليط. وأحياناً لا يمكن التمييز سريرياً بين الذهان المحدث بالأمفيتامين والفصام ولكن تراجع الأعراض في أيام قليلة أو اختبار عينة البول يعطي التشخيص الصحيح. والعلاج المختار للذهان المحدث بالأمفيتامين هو الاستخدام القصير الأمد لمضاد ذهان مثل هالوبيريدول.

المعالجة وإعادة التأهيل:

معالجة الاعتماد على الأمفيتامينات صعبة لأن التوق للعقار قد يكون شديداً، ويكون العلاج عادة في المستشفى لتدبير متلازمة الامتناع حيث تستخدم البنزوديازبينات، وقد يكون من الضروري معالجة اضطرابات محددة محدثة بالأمفيتامينات مثل الاضطراب الذهاني واضطراب القلق بأدوية مثل مضادات الذهان ومضادات القلق فترة قصيرة.

ويستعمل بوبروبيون bupropion بعد التوقف عن تعاطي الأمفيتامين للتغلب على حالة عسر المزاج التي تحدث بعد الانقطاع، كما تُستخدم المعالجات النفسية لمنع النكس.

سابعاً- الكافيين:

هو المادة الفعّالة نفسياً الأكثر استخداماً في العالم، ومع أن العديد من الدراسات وثّقت أمان الكافيين حين استخدامه بجرعات يومية نموذجية؛ لكن استخدامه بجرعات كبيرة قد يرافقها أعراض واضطرابات نفسية.

الوبائيات:

يوجد الكافيين في الأطعمة والمشروبات وأدوية الوصفات وأدوية تباع من دون وصفات، ويحتوي فنجان القهوة بشكل عام على ١٠٠-١٥٠ ملغ كافيين، ويحتوي الشاي على نحو ثلث هذا المقدار، ويحتوي العديد من الأدوية التي تباع من دون وصفة على ثلث إلى نصف مقدار الكافيين الموجود في فنجان القهوة، كما يحتوي الكاكاو والشوكولا والمشروبات الغازية على مقادير مختلفة من الكافيين. ويقدر ما يتناوله البالغ يومياً من الكافيين في الولايات المتحدة بنحو ٢٠٠ ملغ؛ لكن ٢٠-٣٠٪ من الأمريكيين يتناولون أكثر من ٥٠٠ ملغ كافيين يومياً، ويقدر معدل التناول اليومي للكافيين لجميع الأعمار بنحو ٢,٢٩ ملغ/كغ من وزن الجسم. ويختلف تناول الكافيين أيضاً بحسب العمر إذ يتناول الأشخاص بأعمار متوسطة مقادير أكبر من الكافيين، وليس هناك دليل يشير إلى أن استخدام الكافيين يختلف بين الرجال والنساء. ويلاحظ أن مدخني السجائر أكثر تناولاً للكافيين من غير المدخنين، كما تشير الدراسات إلى أن تناول الكافيين المنتظم قد يقوي تأثيرات النيكوتين، كما لوحظ تناول مقادير يومية عالية من الكافيين من قبل المرضى النفسيين؛ ولكن يميل المصابون باضطراب قلقي إلى تناول مقادير أقل منه، ولم تحدد الدراسات نمطاً لشخصية مرتبطة بتناول الكافيين ولكن قد يوجد تأهب وراثي لاستخدامه المتواصل.

الفارماكولوجيا العصبية

الكافيين هو ميتيل كزانتين يمتص جيداً في السبيل المعدي المعوي ويصل إلى ذروة التركيز في الدم بفترة ٣٠-٦٠ دقيقة، ويبلغ عمره النصفي في جسم الإنسان ٣-١٠ساعات، ويستقلب في الكبد وتطرح مستقلباته مع البول. ويعمل الكافيين حاصراً لمستقبلات الأدينوزين مما يؤدي إلى زيادة تركيز الأدينوزين الدوري أحادي الفوسفات cAMP داخل العصبونات الدوبامينية والأدرينالينية، وقد يتحرض نشاط الدوبامين.

التأثيرات السريرية:

تسبب الجرعات المنخفضة والخفيفة من الكافيين (٢٠-٢٠٠ ملغ/يوم) في الإنسان تأثيرات تعرف بأنها تأثيرات مرغوبة، وتشتمل على تأثير منشط للجهاز العصبي المركزي يظهر بصورة وضوح الفكر وصفائه وسرعة الاستجابة وقلة النعاس وزيادة التركيز والطاقة والدافع إلى العمل، وتأثير منشط للقلب وجهاز الدوران فتزداد سرعة القلب وقوة انقباضه ويحدث ارتفاع طفيف في ضغط الدم؛ ولها كذلك تأثير منشط في الجهاز البولي فيزداد إفراز البول وعدد مرات التبول. ويؤدي الكافيين إلى تقبض أوعية الدماغ تقبضاً شاملاً وما ينجم عنه من نقص في الجريان الدموي الدماغي، كما يؤدي إلى زيادة إفراز الحمض المعدي وزيادة الحركات الحويّة (التمعجية) في الأمعاء وزيادة سرعة الاستقلاب في الجسم.

يحدث الانسمام بالكافيين حين تناول جرعات كبيرة منه (أكثر من ٢٥٠ملغ) وتشتمل الأعراض الشائعة على قلق ونزق وضجر وهياج نفسي حركي وغثيان وانزعاج هضمي وتعرق غزير ونفضات عضلية وتنميل في أصابع اليدين والقدمين. وقد يسبب تناول أكثر من (١غ) تلعثماً بالكلام وتشوشاً بالتفكير ومقاومةً للإجهاد وهياجاً ملحوظاً وطنين اذنين وأهلاسات بصرية خفيفة ولانظميات قلبية. أما تناول أكثر من (١٠غ) كافيين فقد يسبب نوباً اختلاجية مقوية رمعية وقصوراً تنفسياً وقد يؤدي إلى الوفاة. والكافيئينية caffeinism هي مجموعة الأعراض والعلامات التي تنجم عن الإفراط الحاد أو المزمن في تعاطي الكافيين (عادة أكثر من ٥٠٠ ملغ/يوم)، ومن أهم مظاهرها النفسية القلق والأرق وتقلبات المزاج، أما أعراضها الجسدية فتشتمل على زيادة معدل ضربات القلب، وارتفاع الضغط الشرياني الانقباضي ارتفاعاً مؤقتاً، وزيادة إفراز الحمض المعدي مما يسبب آلاماً قرحية الشكل، وارتفاع السكر والشحوم في الدم.

الاعتماد والامتناع:

تشير الدراسات إلى أن الاعتماد على الكافيين قد يحدث مع الاستخدام المزمن ويكون عادة نفسياً أكثر منه جسدياً، كما تشير عدة دراسات إلى أن حالة الامتناع عن الكافيين هي ظاهرة حقيقية ترتبط شدّة أعراضها بمقدار الكافيين المتناول وبفجائية التوقف. تبدأ أعراض الامتناع بعد ١٢-٢٤ ساعة من آخر جرعة وتصل إلى ذروتها في ٢٤-٤٨ ساعة وتتلاشى بمدة أسبوع، والأعراض الأكثر شيوعاً هي الصداع والتعب، وتشتمل الأعراض الأخرى على: القلق، والنزق،

وأعراض اكتئابية خفيفة، وضعف الأداء النفسي الحركي، والغثيان والقياء، وألم عضلي وتوق إلى الكافيين.

المعالجة:

الخطوة الأولى لتخفيف استخدام الكافيين أو إيقافه هي تحديد المريض مقدار الكافيين الذي يتناوله يومياً، ويجب عليه لذلك أن يعرف جميع مصادر الكافيين ويسجل المقادير المتناولة بدقة، ثم على الطبيب والمريض أن يقررا برنامجاً تدريجياً لتناول الكافيين يتضمن الإنقاص بمعدل ١٠٪ كل عدة أيام، ويجب أن يكون برنامج الإنقاص التدريجي فردياً لكل مريض على حده بحيث تنقص أعراض السحب إلى أدنى مستوى لها. يعالج الصداع والآلام العضلية التي قد ترافق الامتناع عن الكافيين بالأسبيرين، ونادراً ما يحتاج إلى البنزوديازيينات لتخفيف أعراض الامتناع، وإذا استخدمت فيجب أن تكون بجرعات صغيرة وفترة وجيزة ٧-١٠أيام على الأكثر.

ثامناً- المهلسات hallucinogens:

هي مواد أو عقاقير طبيعية أو صناعية ليس لها استعمالات طبيّة ولها كمون إدماني عالٍ، تُحدث عند تناولها اهلاسات وتغيُّرات عقلية تشبه الأعراض التي تحدث في المرض العقلي ولذلك تدعى أحياناً مقلدات الذهان psychotomimetics. تشتمل المهلسات طبيعية المصدر على المسكالين mescaline (يستخلص من نبات صبيري في بلدان أمريكا الوسطى) والسيلوسايبين psilocybin (يستخلص من نبات فطري ينمو في المكسيك) والدي ميتيل تريبتامين dimethyltryptamine (DMT) (يستخلص من نبات متوافر بكثرة في أمريكا الجنوبية)، إضافة إلى الهارمين harmine، والهارمالين harmaline، والإيبوغايين ibogaine. أما المهلسات المحضّرة صناعياً فتشتمل على دي إثيل اميد حمض الـليـزرجـيـك lysergic acid diethylamide (LSD)، وفنسيكليدين phencyclidine (PCP). و LSD هو أكثر المهلسات شهرة وعُرضة للبحث وسوء الاستخدام، وأشدها قوة على الإطلاق، اكتشف بوصفه مهلساً عام ١٩٣٨ وانتشر تعاطيه في الولايات المتحدة على نحو واسع ولكنّه انحسر في بداية السبعينات، أما PCP فهو مسحوق أبيض يُعرف في الشارع باسم غبار الملائكة angel dust يستعمل فموياً أو بالتدخين أو بالحقن، وقد تمّ تطويره ليستعمل في التخدير ولكن استبُعد استخدامه بسبب تأثيراته السيئة كالهذيان والأهلاسات.

الوبائيات:

يرتبط تعاطي المهلسات مع إمراضية مرافقة أقل مقارنة ببقية المواد الفعالة نفسيّاً، وتشير الإحصاءات في الولايات المتحدة إلى أنّ نحو ١٠٪ من الأشخاص قد استخدموا المهلسات مرة واحدة على الأقل، أما معدل سوء الاستخدام مدى الحياة فهو ٠,٦٪، وكان أعلى معدل للتعاطي بعمر ١٨-٢٥ سنة؛ وعند الذكور أكثر من الإناث.

الفارماكولوجيا العصبيّة:

تختلف المهلسات في تأثيراتها الفارماكولوجية، وهي تؤثر في نظام السيروتونين، وما يزال تأثير LSD موضع جدل حتى الآن وما إذا كان ناهضاً أو مناهضاً، وترى الدراسات أنّه يعمل ناهضاً جزئياً لمستقبلات السيروتونين ما بعد المشبكية.

التأثيرات السريرية:

تستعمل المهلسات عن طريق الفم أو الاستنشاق أو التدخين أو الحقن الوريدي، وتبدأ تأثيرات LSD بفترة ساعة وتصل ذروتها خلال ٢-٤ ساعات وتستمر٨-١٢ ساعة، وتشتمل التأثيرات الجسدية على تأثيرات مقلدة للودي (تسرع قلب، ارتفاع ضغط الدم، رجفان، فرط حرارة، تعرُّق، توسع حدقة). أما التأثيرات النفسيّة فتختلف بحسب مقدار الجرعة وشخصيّة المتعاطي وحالته المزاجية، وتشتمل على تشويهات في الإدراك الحسّي ولاسيما في حاستي السمع والبصر فتصبح أكثر صخباً ووضوحاً وقد يتداخل بعضها ببعض فيصبح الشخص قادراً على رؤية الصوت وسماع اللون، ويضطرب الإحساس بالزمان والمكان فيشعر الشخص أنّ الوقت يمر بطيئاً والأشياء تتحرك على نحو إيقاعي، وقد تحدث أهلاسات بصرية وأحياناً سمعية وحسية ويدرك الشخص أنّها طارئة وناجمة عن تعاطي المهلسات ولذلك تعد أهلاسات كاذبة. ويطلق على التجربة التي يمر بها المتعاطي اسم "الرحلة"، وقد تكون الرحلة إيجابية فيشعر الشخص بإثارات حسية صاخبة وفريدة تبعث النشوة في نفسه، وقد تكون سلبية فيعاني الشخص قلقاً وهلعاً واكتئاباً وشكوكاً زورية وسلوكاً عدوانياً وإيذاءً للذات أو للآخرين.

الاضطرابات المتعلقة بتعاطي المهلسات:

١- التحمل والاعتماد: يحدث تحمل المهلسات بسرعة بعد ٣ أو ٤ أيام من التعاطي المستمر، كما يزول بسرعة بعد الامتناع عن التعاطي. والتعاطي الطويل الأمد للمهلسات غير شائع لأنها لا تحدث الشمق الذي يعزز سلوك تكرار التعاطي، وعندما يحدث الاعتماد فإنه يكون اعتماداً نفسياً ولا توجد أعراض امتناع.

٢- الانسمام: يتميز بظهور آثار سريرية جسدية ونفسية بعد التعاطي الحديث للمهلسات، ويجب التفريق بينه وبين

الانسمام بمضادات الكولين والانسمام بالأمفيتامينات وأعراض الامتناع عن الكحول. والمعالجة المفضلة هي تطمين المريض بأن هذه الأعراض مؤقتة وستزول سريعاً. ويمكن أن يحدث في بعض الأحيان هذيان يدعى هذيان الانسمام بالمهلسات ولاسيما حين تعاطي مهلّسات نقيّة أو مختلطة بمواد أُخرى، كما يمكن أن يؤدي تعاطي المهلّسات إلى الموت في بعض الحالات بسبب قلبي أو بسبب وعائي دماغي ناجم عن ارتفاع الضغط أو فرط الحرارة، وقد يحدث أحياناً بسبب إيذاء النفس عندما تؤدي المهلّسات إلى إضعاف المحاكمة: عندما يحاول المتعاطي الطيران مثلاً.

٣- **اضطراب الإدراك المستديم:** تبين الدراسات أن نحو ١٥-٨٠٪ من الذين يتعاطون المهلّسات يعانون إرجاعات ذهنية flashbacks لأعراض أهلاسية، وهي نوب عفوية عابرة من إعادة عيش عرض أو أكثر من الأعراض الإدراكية التي حدثت في أثناء تعاطي المهلّسات (مثل حدوث أهلاسات لأشكال هندسية، أو إدراكات حركية زائفة في الحقول البصرية المحيطة، أو ومضات لونية، أو رؤية مصغرة، أو رؤية مكبرة أو غيرها)، وقد يحدث ذلك بعد أيام أو أسابيع أو أشهر من التوقف عن التعاطي، وتستمر النوبة من عدة ثوانٍ إلى عدة دقائق وتستمر أحياناً فترات أطول، وغالباً ما يكون الشخص مستبصراً بطبيعة هذه الأعراض على أنها ناتجة من المهلّسات، ويمكن أن يؤدي هذا الاضطراب أحياناً إلى مضاعفات مثل الاكتئاب والهلع والسلوك الانتحاري.

٤- وإضافة إلى ما سبق قد يؤدي تعاطي المهلّسات إلى اضطراب ذهاني (يتظاهر بتوهمات وأهلاسات؛ ولاسيما في الأشخاص المصابين قبل التعاطي بشخصيّة فصامية أو قلق زائد أو اضطراب مزاج (أعراض هوسية مع توهمات عظمة أو أفكار ومشاعر اكتئابية أو مزيج من هذه الأعراض) أو اضطراب قلقي (مثل الهلع أو رهاب الميادين أو غيرها).

المعالجة:

يعالج الانسمام بالمهلّسات بالدعم النفسي بتطمين المريض والتأكيد له أنّ الحالة التي يعانيها مؤقتة وناجمة عن المادة التي تعاطاها وسوف تزول سريعاً، وفي الحالات الشديدة يمكن استخدام البنزوديازيبينات (مثل ديازيبام) أو مضادات الذهان (مثل هالوبيريدول). وكذلك فإنّ علاج اضطراب الإدراك المستديم هو علاج ملطف ويشمل العلاج الدوائي بأحد البنزوديازيبينات الطويلة الأمد (مثل كلونازيبام) وبمضادات الاختلاج (مثل كاربامازيبين). ولا يختلف علاج الاضطراب الذهاني المحدث بالمهلّسات عن علاج الاضطرابات الذهانية الأُخرى التي تستخدم فيها الأدوية المضادة للذهان.

تاسعاً- النيكوتين:

يشيع استخدام النيكوتين في كل أرجاء العالم، ولا يُعرف تماماً أين بدأ الإنسان يدخن التبغ ومتى، غير أنّ المعروف هو أنّ هذا الاستعمال انتقل من الهنود الحمر في أمريكا إلى أوربا عقب حملة كولومبوس لاكتشاف أمريكا في نهاية القرن الخامس عشر، ومن هذه البداية انتشرت عادة التدخين من أوربا إلى غيرها من القارّات والبلدان حتى أصبحت اليوم أهم العادات وأكثرها انتشاراً في العالم.

الوبائيات:

بحسب إحصاءات منظمة الصحة العالمية ثمة مليار مدخن في العالم يدخنون ٦٠٠٠ مليار سيجارة كل سنة؛ مع زيادة واضحة في نسبة التدخين في البلدان النامية وتناقص في عدد المدخنين في بعض المجتمعات المتقدمة نتيجة الوعي الصحي. وللمستوى التعليمي علاقة وثيقة باستخدام التبغ؛ إذ تُقدر نسبة المدخنين بين البالغين الذين لم يتجاوزوا في تعليمهم المرحلة الثانوية نحو ٣٧٪، في حين تبلغ هذه النسبة ١٧٪ بين الذين أنهوا تعليمهم الجامعي. ويحاول ٤٠٪ من المدخنين في الولايات المتحدة إيقاف التدخين كل عام، وينجح ٥-١٠٪ منهم بالإقلاع عن التدخين بعد محاولة واحدة في حين ينجح ٥٠٪ منهم بعد ٥-١٠ محاولات. ولا تزال مشكلة التدخين من المشاكل الصحيّة الرئيسة في العصر الحديث؛ إذ يُقدَّر عدد الوفيات الناجمة عن تعاطي التبغ في العالم بثلاثة ملايين شخص سنوياً، أمّا أسباب الوفاة فمتنوعة أهمها أمراض القلب وسرطان الرئة والنُفاخ الرئوي emphysema.

الفارماكولوجيا العصبية:

النيكوتين هو المركب الفعّال نفسياً في التبغ، وهو يؤثر في الجهاز العصبي المركزي بوصفه ناهضاً لمستقبلات الأسيتيل كولين النيكوتينية، ويصل إلى نحو ٢٥٪ من النيكوتين المستنشق بالتدخين إلى الدم ثم إلى الدماغ في ١٥ ثانية، ويبلغ نصف عمر النيكوتين نحو ساعتين، ويعتقد أنّ النيكوتين يُنتج تأثيره المعزز الإيجابي لسلوك التدخين وخواصه الإدمانية بوساطة دارة المكافأة الدوبامينية، كما أنه يزيد من تركيز الأدرينالين والنورأدرينالين، ويزيد إفراز الفازوبريسين وبيتا أندورفين والكورتيزول والهرمون الحاث لقشر الكظر ACTH.

التأثيرات السريرية:

تؤدي التأثيرات المنبهة للنيكوتين إلى تحسُّن في الانتباه والتعلُّم والقدرة على حلّ المشاكل وزمن رد الفعل، كما أن

تدخين السجائر يؤدي إلى إنقاص التوتر وارتفاع المزاج وخفض المشاعر الاكتئابية. وقد أظهرت الدراسات أن التعرض للنيكوتين فترة قصيرة يؤدي إلى زيادة الجريان الدموي الدماغي من دون تغيير في استقلاب الأكسجين الدماغي، أما التعرض للنيكوتين فترة طويلة فإنه ينقص من هذا الجريان.

التأثيرات الجانبية:

النيكوتين مركب شبه قلوي شديد السمية: فجرعة ٦٠ ملغ تؤدي في الكهول إلى الشلل التنفسي والموت (يتحرر ٠,٥ ملغ نيكوتين عند تدخين سيجارة واحدة)، وتشتمل أعراض الانسمام بالنيكوتين وعلاماته على: الغثيان، القياء، سيلان اللعاب، الشحوب، الألم البطني، الإسهال، الدوخة، الصداع، تسرع القلب، ارتفاع ضغط الدم، الرجفان، التعرق البارد، اضطراب الحسّ، التخليط، عدم القدرة على التركيز.

الاعتماد على النيكوتين:

يحدث الاعتماد على النيكوتين بسرعة بسبب تأثيراته في نظام الدوبامين في المنطقة السقيفية البطنية، ويتعزز هذا الاعتماد بوساطة العوامل الاجتماعية التي تشجع على التدخين في بعض الأوضاع؛ وبوساطة التأثيرات القوية لإعلانات شركات التبغ، وإضافة إلى ذلك اقترحت دراسات حديثة وجود أساس وراثي يقود نحو الاعتماد على النيكوتين.

الامتناع عن النيكوتين:

تظهر أعراض سحب النيكوتين بعد ساعتين من تدخين آخر سيجارة وتصل ذروتها خلال ٢٤- ٤٨ ساعة وقد تستمر أسابيع أو أشهر، وتشتمل الأعراض الشائعة على: التوق إلى النيكوتين، التوتّر، الهياج، صعوبة التركيز، النعاس اضطراب النوم، نقص معدل ضربات القلب وضغط الدم، زيادة الشهية للطعام وزيادة الوزن، نقص الأداء الحركي، زيادة التوتر العضلي.

المعالجة:

ترتبط التأثيرات الضارة الناجمة عن الاعتماد على النيكوتين فقط بالضرر الذي يسببه تدخين السجائر، لذلك فإن الهدف الرئيسي للعلاج هو قطع التدخين قطعاً تاماً، وإن معظم المدخنين يريدون التوقف عن التدخين ويحاولون ذلك عدة مرات، ويتوافر العديد من العلاجات الدوائية والنفسية الاجتماعية، وتتضمن العلاجات الرئيسية المرخَصة في المملكة المتحدة لقطع التدخين:

١- العلاج بتعويض النيكوتين nicotine replacement therapy: جميع المستحضرات المتوافرة تجارياً فعالة، فقد أظهرت ٣٢ تجربة معشّاة أن العلاج بتعويض النيكوتين ينقص بوضوح من شدة أعراض الامتناع عن النيكوتين ومن الدافع إلى التدخين، ويزيد من أرجحية الامتناع بنحو ١,٥-٢ مثلاً. وتطبّق هذه المعالجة مدة ٨-١٢ أسبوعاً ويمكن الاستمرار بها بعد هذا الوقت من أجل منع النكس، وأهم المستحضرات المستخدمة الأقراص تحت اللسان، والعلكة واللصاقة والبخاخ الأنفي والمنشقة inhaler.

٢- بوبروبيون bupropion: هو مضاد اكتئاب لا نموذجي له تأثيرات دوبامينية ونورأدرينالينية، وقد أظهرت ١٩ تجربة معشّاة أن تأثيره يعادل ضعف تأثير الغفل في قطع التدخين، وينقص من شدة أعراض سحب النيكوتين والرغبة في التدخين. يبدأ العلاج قبل أسبوع إلى أسبوعين من وقت الانقطاع المخطط له بجرعة ١٥٠ ملغ/يوم مدة ٦ أيام، ثم ١٥٠ ملغ مرتين/يوم فترة أقصاها ٧-٩ أسابيع.

٣- فارينكلين varenicline: هو ناهض جزئي لمستقبلات الأستيل كولين النيكوتينية تم ترخيصه مؤخراً من وكالة الأدوية الأوربية بوصفه دواء لقطع التدخين، وقد ثبت أنه يخفض أعراض سحب النيكوتين ويخفف الرغبة في التدخين، مثله في ذلك مثل تعويض النيكوتين وبوبروبيون، مما قد يساعد على منع النكس، ومضاد الاستطباب الوحيد له هو فرط الحساسية للدواء. يعطى بجرعة ٠,٥ ملغ/يوم في الثلاثة أيام الأولى، ثم بجرعة ٠,٥ ملغ مرتين باليوم من اليوم الرابع حتى اليوم السابع، ثم بجرعة ١ ملغ مرتين/يوم من اليوم الثامن حتى نهاية الأسبوع ١٢.

عاشراً- المذيبات الطيارة volatile solvents:

المذيبات الطيارة أو النَشوقات inhalants هي مجموعة من المواد الطبيعية أو المصنعة التي لها خاصيّة إذابة بعض المواد الأخرى وإطلاق أبخرة نتيجة لذلك، ومن أهم المواد الغراء والمواد اللاصقة والتنر والبنزين والصمغ وغاز الاشتعال ومزيلات طلاء الأظفار ووقود القداحات وسوائل التنظيف ومنظفات الأحذية وغيرها من المستحضرات. أما المركبات الفعّالة في هذه المواد فإنها تتضمن التولوين toluene والأسيتون وtrichloroethane benzene و 1-2- dichloropropane والهدروكاربونات المهدرجة.

تنبعث من جميع المذيبات الطيارة أبخرة يمكن استنشاقها عن طريق الأنف فتحدث تأثيرات آنيّة في الشخص الذي يستنشقها، وقد تحدث تأثيرات طويلة المدى ودائمة في الذين يتعرضون لاستنشاقها على المدى الطويل وبمقادير مفرطة.

الوبائيات:

يشيع تعاطي المذيبات الطيّارة عند الأطفال والمراهقين،

ولاسيما الأطفال المتسربين من المدارس وأطفال الشوارع، فالمذيبات الطيّارة متوافرة بسهولة وعلى نحو قانوني وغير مكلفة، وتسهم هذه العوامل الثلاثة في زيادة تعاطي هذه المواد بين الأشخاص الفقراء وصغار السن، وتشير الإحصاءات في الولايات المتحدة إلى أن نحو ٦٪ من الأشخاص قد استعملوا النّشوقات مرة واحدة على الأقل، ونحو ١٪ كانوا يستعملونها على نحو مستمر، وأن نحو ١١٪ من البالغة أعمارهم ١٨-٢٥ سنة قد استعملوا النّشوقات مرة واحدة على الأقل و٢٪ كانوا يستعملونها على نحو مستمر، أما بالنسبة إلى الأعمار بين ١٢-١٧ سنة فنحو ٧٪ استعملوا النّشوقات مرة واحدة على الأقل؛ و٢٪ كانوا يستعملونها باستمرار، وكان أكثر من ٨٠٪ من متعاطي النّشوقات من الذكور. وقد تبين أن تعاطي النّشوقات أكثر شيوعاً بين المراهقين إذا كان لديهم أشقاء أو آباء يتعاطون مواد غير شرعية، أو كان لديهم اضطراب شخصيّة معادية للمجتمع أو اضطراب في التواصل مع الآخرين.

الفارماكولوجيا العصبية:

يتم تعاطي المذيبات الطيّارة بطريقة واحدة هي استنشاقها المباشر، ولكنّ المتعاطين يتفننون في أسلوب ذلك؛ فمنهم من يستنشقها مباشرة من العبوات، ومنهم من يبلل قطعة من القماش بهذه المواد ويستنشق أبخرتها عن قرب، ومنهم من يضع المواد في كيس من اللدائن ويضيّق فتحة الكيس ثم يقربه من الأنف ويستنشق محتواه بعمق، إضافة إلى أساليب أخرى. تمتص النّشوقات سريعاً عبر الرئة وتنتقل إلى الدماغ وتظهر تأثيراتها بمدة ٥ دقائق وتستمر من ٣٠ دقيقة إلى عدة ساعات بحسب طبيعة المادة المستنشقة وجرعتها، ويزداد تركيز كثير من المواد المستنشقة في الدم حين استعمالها بالتشارك مع الكحول بسبب المنافسة على الإنزيمات الكبدية. ويطرح نحو خُمس المواد المستنشقة من دون تغيير عن طريق الرئة بالزفير ويستقلب الباقي في الكبد، ويمكن كشف المواد المستنشقة في الدم بعد ٤-١٠ ساعات من التعاطي، لذلك يجب سحب عيّنات دم في غرف الإسعاف حين الشك بتعاطي النّشوقات.

للنّشوقات تأثيرات دوائية حركية نوعية مشابهة لتأثيرات الكحول ولكنها لم تفهم على نحو كامل بعد، وتكون تأثيرات النّشوقات عادة مشابهة أو مضافة إلى تأثيرات مواد أخرى مثبطة للجهاز العصبي المركزي مثل الكحول والبنزوديازيبينات، لذلك فقد افترضت الدراسات أنّ المواد المستنشقة تعمل بوساطة تنشيط نظام الغابا GABA.

التأثيرات السريرية:

إنّ التأثير الغالب للنّشوقات هو تأثير مثبط يشبه حالة الانسمام بالكحول؛ غير أنه أسرع لأنّ النّشوقات تدخل عن طريق الأنف والرئة، ولا تكون الجرعات الصغيرة الأولية مثبطة؛ بل تحدث الشمق والإثارة والإحساس بالسرور والثقة وتخفف النواهي أو تزيلها؛ وهي التأثيرات التي من أجلها يتعاطى الشخص النّشوقات، أما الجرعات العالية فتحدث أعراض الانسمام بالنّشوقات وهي أعراض عصبيّة تشتمل على كلام متثاقل، وعدم تناسق حركي، ومشية غير متّزنة، وضعف عضلي معمم، إضافة إلى أعراض نفسية تشتمل على الخوف، والانخداعات الحسيّة، والهلوسة البصرية والسمعية، واضطراب شكل الأشياء وحجمها أو تشوهها.

التأثيرات الجانبية:

يرافق تعاطي النّشوقات عادةً تأثيرات جانبية خطيرة وكامنة، فقد يحدث الموت نتيجة التثبيط التنفسي أو اللانظميات القلبية أو الاختناق أو بسبب الحوادث الناجمة عن القيادة في أثناء تعاطي النّشوقات. وتتضمن التأثيرات الناجمة عن الاستعمال المديد أذيّة كبدية وكلوية غير عكوسة، وأذيّة العضلات أذية دائمة، واستثارة، وتقلب المزاج، وضعف الذاكرة. ويرافق تعاطي المذيبات العضوية ارتفاع تراكيز النحاس والزنك والمعادن الثقيلة، ويرتبط ذلك بحدوث ضمور الدماغ وصرع الفص الصدغي ونقص معدل الذكاء وتغيرات في تخطيط الدماغ الكهربائي. وقد أجريت دراسات عديدة على الدهّانين والعمال المعرضين للمذيبات العضوية فترات طويلة فتبين أنهم معرضون للإصابة بضمور الدماغ وبنقص معدل جريان الدم الدماغي، كما أثبتت تقارير عديدة حدوث تأثيرات جانبية خطيرة في تطور الجنين حين تتعاطى الأم الحامل المذيبات الطيارة أو تتعرض لها. وتتضمن التأثيرات الجانبية الأخرى أعراضاً قلبية وعائية صدرية (مثل ألم الصدر، وتشنج القصبات) وأعراضاً هضميّة (مثل الألم الشرسوفي، والغثيان، والقياء، والتغوط الدموي) وأعراضاً وعلامات عصبيّة (مثل الصداع، والتهاب الأعصاب المحيطية، والأعراض المخيخية).

التحمل والاعتماد والامتناع:

تستمر معظم حالات تعاطي المذيبات الطيارة فترة قصيرة، وتتوقف تلقائياً قبيل بلوغ المتعاطي سن العشرين من العمر، ولكن يستمر تعاطي المذيبات الطيارة في بعض الحالات فترات طويلة مما يؤدي إلى حدوث حالة التحمل وإلى زيادة المقادير المستنشقة، ويكون الاعتماد على المذيبات الطيارة

اعتماداً نفسياً، ولا يرافق التوقف عن التعاطي أعراض امتناع، ولكن تحدث في بعض الأحيان أعراض تشتمل على الغثيان والقياء والتعرق وتسرع القلب واضطراب النوم والهياج، وأحياناً توهمات وأهلاسات.

المعالجة:

مع الانتشار الواسع لتعاطي النَشوقات عالمياً فإن الدراسات لا تزال قليلة فيما يتعلق بطرق التدخل والتدبير، يشبه الانسمام بالنَشوقات - على نحو عام - الانسمام بالكحول، ولا يحتاج معالجة طبية إذ تتراجع أعراض الانسمام تلقائياً، ولا حاجة إلى الاستشفاء إلا حين حدوث مضاعفات مثل تشنج القصبات أو تشنج الحنجرة أو لانظميّات قلبية أو السبات. ويجب أن تركز العناية الأولية على الانتباه للعلامات الحيوية وعلى مراقبة مستوى الوعي وتأمين الدعم الحياتي اللازم، وحين حدوث هياج شديد يمكن السيطرة عليه بالهالوبيريدول، ويجب تجنب المهدئات والمنومات لأنّها قد تفاقم الأعراض.

قد ترافق الاضطرابات القلقية واضطرابات المزاج المحدثة بالنَشوقات أفكار انتحارية، لذلك يجب تقييم هؤلاء المرضى بحذر، ولا تفيد مضادات القلق ومضادات الاكتئاب في الطور الحاد ولكنها قد تفيد إذا استمر القلق أو الاكتئاب، وإضافة إلى ذلك يجب معالجة الاضطرابات النفسيّة المرافقة لتعاطي النَشوقات باستخدام مقاربات دوائية ونفسيّة واجتماعيّة.

الاضطرابات النفسية المرافقة للحيض والحمل والولادة

غسان علي

تتميز المرأة بتوازن دقيق لهُرْمونات أُنثوية ينتجها المبيض أهمها الاستروجين والبروجيسترون والأندروجين؛ إذ تعمل هذه الهدمونات على تنظيم الحَيض (الطمث أو الدَّوْرَة الشَّهْرِيَّة) طوال سن الإنجاب. تنجم الدورة الشهرية عن دورية عمل المبيض التي تقسم الدورة الشهرية إلى طورين: طور جريبي وطور لُوتينِيّ تفصل بينهما الإباضة. تبدأ كل دورة مبيضية مع تطور مجموعة من الجريبات التي لا يلبث أن يصبح أحدها جريباً مسيطراً، ويتكون الجريب من خلية بيضية محاطة بخلايا حبيبية تحاط بدورها بخلايا غمدية. يبدأ تطور الجريب بتحرر الهُرْمون المطلق لمُوَجِّهة الغُدَد التَّناسُلِيَّة gonadotropin- releasing hormone (GRH) من الوطاء لحث الغدة النخامية على إفراز الهرمون الملوتن (LH) luteinizing hormone والهرمون المنبه للجريب (FSH) follicle- stimulating hormone، ومن ثمَّ يحث الهرمون الملوتن LH الخلايا الغمدية حول الجريب على تركيب الأندروجين وإفرازه؛ في حين يحث الهرمون المنبه للجريب FSH الخلايا الحبيبية على تحويل الأندروجين المنتج من الخلايا الغمدية إلى إستروجين. ويخضع إفراز كلٍّ من هذه الهرمونات للتنظيم من خلال الارتجاع البيولوجي feedback (التلقيم الراجع) للإستراديول عند مستوى الغدة النخامية، فيُثَبِّط ارتفاع تركيز الإستراديول الهرمون المنبه للجريب FSH محدداً بذلك عدد الجريبات الناضجة. وتحدث الإباضة (انبثاق البيضة من الكيس الجريبي) عندما يتجاوز تركيز الإستراديول حدود عتبة حرجة مدة لا تقل عن ٣٦ ساعة، وتتحول الخلايا الحبيبية بعد الإباضة إلى خلايا لُوتينِيَّة مفرزة للبروجيسترون.

تتضمن النسج الهدفية للهرمونات المبيضية نسجاً عديدة أهمها البطانة الرحمية والثدي، وقد اتضح مؤخراً أن لهذه الهرمونات مستقبلات على الخلايا العصبية الدماغية. ويؤدي اختلال التوازن الدقيق للهرمونات المسؤولة عن تَنْظيم الحَيض إلى اضطراب الدَّوْرَة الشَّهْرِيَّة وإلى حدوث أمراض في الثدي وفي المبيض (مثل مُتَلازِمَة المَبيضِ المُتَعَدِّدِ الكيسات polycystic ovarian syndrome) وفي الرحم (الذي قد يصاب مثلاً بانْتِباذ بِطانِيّ رَحِمِيّ endometriosis). وقد ترافق الدَّوْرَة الشَّهْرِيَّة أعراضٌ وعلاماتٌ طبية نفسية مثل الاكْتِئاب depression وتأرجح المزاج mood swings والهَيوجِيَّة irritability والعَصَبِيَّة (النَّزَق) nervousness ونقص الشَّبَق libido وضعف التركيز والنسيان واضطراب النوم وزيادة الوزن. كما قد ترافق الحمل والولادة اضطراباتٌ نفسية نوعية، ويُعالج هذا البحث التظاهرات النفسية التي قد ترافق كلاً من الدورة الشهرية والحمل والإجهاض والولادة، كما يُعالج استخدام الأدوية النفسية في أثناء الحمل والإرضاع.

أولاً- الاضطرابات النفسية المتعلقة بالحيض:

يعود الوصف الحي والوصمة الاجتماعية المرتبطة بالتغيرات السلوكية والمزاجية المتعلقة بالدورة الحيضية تاريخياً؛ إلى "أبو قراط" والثقافات القبلية الإفريقية القديمة التي كانت تمارس تقليد عزل النساء في فترة الحيض بسبب الخوف من التلوث بالمرأة الحائض. ولازمت هذه الوصمة الخرافية المرأة في عدة قرون قبل أن تتلاشى تدريجياً مع تطور وصف الاضطرابات المتعلقة بالحيض وتحليلها تحليلاً دقيقاً في الوقت الحالي. فقد أدرك الأطباء منذ فترة طويلة الارتباط بين الدورة الحيضية والمرض النفسي؛ فاستخدموا مصطلح اضطراب المزاج الحيضي menstrual mood disorder في العام ١٨٢٧. وتبين من فحص جموعي أجري عام ١٨٥٠ أن نحو٢٠٪-٣٠٪ من النساء يعانين اضطراباً مزاجياً قبل الحيض أو في أثنائه، وقدَّم هنري موزدلي في العام ١٨٧٣ بداية نظرة مستقبلية للربط بين الخلل الجسدي والعقلي في سياق الدورة الشهرية، ووضع روبرت فرانك في عام ١٩٣١ الوصف الأول للتوتر السابق للحَيض premenstrual tension مفترضاً حدوثه بآلية هرمونية. واستخدمت كاترين دالتون عام ١٩٥٢ مصطلح "المتلازمة السابقة للحَيض"، وأجمع المعهد الوطني الأمريكي للصحة العقلية في العام ١٩٨٣على معايير تشخيصية لما عُرف حينها باسم "اضطراب الانزعاج في الطور اللُّوتينِيّ المتأخر late luteal phase dysphoric disorder" والذي أعيدت تسميته في العام ١٩٨٨ فأطلقت عليه التسمية المستخدمة حالياً وهي "اضطراب الانزعاج السابق للحيض premenstrual dysphoric disorder".

وفيما يلي عرض المتلازمة السابقة للحيض والانزعاج السابق للحيض إضافةً إلى الذهان السابق للحَيض.

١- المتلازمة السابقة للحيض premenstrual syndrome:

تتألف المتلازمة السابقة للحيض (والتي تسمى أيضاً

التوتر السابق للحيض) من مجموعة من الأعراض الجسدية والانفعالية المتعلقة بدورة المرأة الحيضية. تعاني معظم النساء (حتى ٨٥٪ منهن) في سن الإنجاب أعراضاً جسدية تتعلق بوظائف المبيض الطبيعية؛ مثل نفخة البطن وإيلام الثدي، ولكن يقتصر تعريف المتلازمة السابقة للحيض على نموذج محدد من الأعراض الجسدية والانفعالية التي تحدث في الطور اللُوتينيّ من دورة الحيض والتي تبلغ درجةً من الشدة تكفي للتأثير في معظم نشاطات الحياة اليومية. ويؤكد هذا التعريف ضرورة وجود الأعراض الانفعالية على نحو خاص. ومع أن الأعراض قد تختلف من امرأة إلى أخرى، فإن نموذج الأعراض النوعية لكل امرأة ثابت ويحدث دائماً في الأيام العشرة السابقة للحيض ويختفي مباشرةً قبل بدء جريان دم الحيض أو فور جريانه. ويعاني هذه المتلازمة عددٌ قليل من النساء (٢-٥٪).

الأعراض: تمّ توثيق أكثر من ٢٠٠ عرض مختلف للمتلازمة السابقة للحيض، ولكن أكثر ثلاثة أعراض شيوعاً هي الهَيوجيَّة والتوتر والانزعاج (عدم السعادة dysphoria). وتشتمل الأعراض غير النوعية الشائعة على الكرب والقلق والأرق والصداع والتعب وتأرجح المزاج وفرط الحساسية الانفعالية وتغير الشَبَق. أما الأعراض الجسدية الشائعة فتتضمن النفخة والمغص البطني والإمساك وتورم الثدي وإيلامه والعُدّ الدوري والآلام المفصلية والعضلية المتعلقة بالدورة الشهرية، ولكن يشترط للتشخيص أن تكون الشكوى الرئيسة من الأعراض الانفعالية. ولتأكيد التشخيص يجب وجود الأعراض النوعية لكل امرأة في الأيام العشرة السابقة للحيض، كما يجب أن تختفي الأعراض مدة أسبوع على الأقل في الفترة الفاصلة بين الحيض والإباضة.

الأسباب: ما زالت أسباب المتلازمة السابقة للطمث غير مفهومة. ومع أن الأعراض تتعلق بالطور اللُوتينيّ، فإن معايرة الهرمونات الأنثوية تبدي أنها ضمن الحدود الطبيعية. ويعتقد حالياً وجود عامل جيني لأن السوابق العائلية تمثل مشعراً جيداً لاحتمال الإصابة بالمتلازمة السابقة للحيض، كما وجدت دراسات التوائم أن معدل توافق الإصابة أعلى في التوائم الحقيقية مما في التوائم الكاذبة. يضاف إلى ذلك أن حدوث المتلازمة السابقة للحيض يزداد بوجود اضطرابات المزاج مثل الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطب، مما يدعو إلى الاعتقاد أن المتلازمة السابقة للحيض قد تنجم عن تأثر تفاعل الهرمونات التناسلية مع النواقل العصبية في الجملة العصبية المركزية، ولاسيما منها السيروتونين، ولكن لم يتأكد وجود مثل هذه العلاقة السببية. وقد تم توثيق عوامل الخطورة التالية:

- فرط استهلاك الكافئين.
- الكرب.
- التقدم بالعمر.
- سوابق إصابة بالاكتئاب.
- وجود سوابق عائلية للمتلازمة السابقة للحيض.
- عوامل غذائية مثل نقص تناول بعض الفيتامينات والمعادن ولاسيما المغنيزيوم والمنغنيز وفيتامين E وفيتامين D.

التشخيص: لا توجد فحوص مخبرية أو علامات سريرية نوعية للمتلازمة السابقة للحيض، ويعتمد التشخيص على **وجود المظاهر المفتاحية الثلاثة التالية:**

أ- تتكون شكوى المرأة الرئيسة من عرض انفعالي أو أكثر من الأعراض المعروف ترافقها بهذه المتلازمة (عادةً الهيوجية أو التوتر أو الانزعاج أو كلها معاً).

ب- تظهر الأعراض على نحو متوقع في الطور اللُوتينيّ وتخف أو تختفي على نحو متوقع أيضاً مباشرةً قبل الحيض أو في أثنائه وتبقى غائبةً في الطور الجريبي من الدورة الشهرية.

ج- يجب أن تكون الأعراض من الشدة بحيث تعطل أو تُخلّ بحياة المرأة اليومية.

يفيد في تأكيد التشخيص أن تسجل المرأة الأعراض وعلاقتها بالدورة الشهرية دورتين حيضيتين على الأقل، ويجب استبعاد حالات أخرى قد تكون سبب شكاوى المرأة؛ إذ تشتد أعراض بعض الحالات الطبية عند الحيض بآلية تعرف باسم التضخيم الحيضي menstrual magnification، ومن هذه الحالات فقر الدم وقصور الدرقية واضطرابات الأكل وتعاطي العقاقير واضطرابات المزاج والشقيقة والصرع ومتلازمة القولون المتهيج والربو والأرج. كما يجب استبعاد مشاكل تناسلية أنثوية مثل عسر الطمث dysmenorrhea (ألم في أثناء الحيض وليس قبله) والتأثيرات الجانبية لحبوب منع الحمل، وأمراض الرحم.

التدبير: تستخدم في تدبير المتلازمة السابقة للحيض معالجات عديدة تشتمل على تعديل الحمية ونمط الحياة والمعالجة الداعمة، وعلى وصف معالجات هرمونية واستخدام مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية SSRI. وتشتمل المعالجة الداعمة supportive therapy على التقييم والمشاورة النفسية التثقيفية، وهي جزء مهم من المعالجة يساعد

المريضة على استعادة السيطرة على حياتها. ومن المفيد هنا ممارسة الرياضة، وتخفيف استهلاك الكافئين والسكر والملح، وزيادة تناول الأغذية الغنية بالألياف، وتوفير قسط كاف من الراحة والنوم. أما التداخلات الغذائية مثل الفيتامينات D و E و B6 والمعادن مثل المغنيزيوم والمنغنيز، فما زالت بحاجة إلى براهين تدعم فائدتها.

يمكن استخدام مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية لمعالجة الحالات الشديدة من المتلازمة السابقة للحيض. ومن الشائع استخدام مانعات الحمل الفموية ولكن تقتصر فائدتها على تخفيف الأعراض الجسدية من دون التأثير في الأعراض الانفعالية. وقد شاع في أوقات مختلفة استعمال العديد من الوصفات غير المدعومة ببراهين على فائدتها مثل البروجيسترون، وناهضات الهُرْمونُ المُطْلِقُ لِمُوَجِّهَةِ الغُدَدِ التَّناسُلِيَّة gonadotropin-releasing hormone agonists، والمدرات ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية والكلونيدين والتريبتوفان والفنيل آلانين.

الإنذار: المتلازمة السابقة للحيض حالة ثابتة نسبياً، إذ تعاني المرأة المصابة الأعراض ذاتها والشدة ذاتها في أواخر كل دورة شهرية لسنوات عديدة، والمعالجة العرضية فعّالة، وتختفي الأعراض في مطلع كل دورة شهرية حتى من دون علاج، وتزول المتلازمة نهائياً بعد الإياس. والنساء المصابات بهذه المتلازمة أكثر عرضةً للإصابة بالاضطراب الاكتئابي.

٢- الانزعاج السابق للحيض premenstrual dysphoric disorder:

كان هذا الاضطراب يسمى سابقاً "الانزعاج في الطور اللُوتينيِ المتأخر" وأعطي اسمه الحالي في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي الإحصائي DSM-IV، ولكنه لا يصنف بوصفه اضطراباً نفسياً معترفاً به؛ بل يصنف ضمن الاضطرابات التي تحتاج إلى دراسات إضافية. والانزعاج السابق للحيض هو نوع شديد من المتلازمة السابقة للحيض يصيب ٣-٨٪ من النساء، ويرافق الطور اللُوتينيِ من الدورة الشهرية، وتسيطر على الأعراض الانفعالية فيه أعراض مزاجية، إذ تتألف أعراضه الرئيسة من:

- حس حزن عميق ويأس وتفكير انتحاري.
- حس توتر أو قلق مكثف.
- فرط حساسية للانتقاد أو للنبذ.
- نوب هلع panic.
- تأرجح مزاج سريع وشديد، وهجمات بكاء غير مضبوط.
- غضب أو هيوجية مستمرة، وخلافات مع الآخرين.
- عدم الاهتمام بالعلاقات وبالنشاطات اليومية.
- صعوبة التركيز.
- التعب المزمن.
- فرط الأكل.
- الأرق أو فرط النوم.
- زيادة الدافع الجنسي أو نقصه.
- زيادة الحاجة إلى الحنان وإلى التقارب العاطفي.
- أعراض جسدية مثل تورم الثديين أو إيلامها، وخفَقان القلب، والصداع، والآلام المفصلية أو العضلية، وتورم الوجه والأنف، وحس انتفاخ البطن، والبدانة أحياناً.

الأسباب: تم توثيق أول كشف جيني مهم في الانزعاج السابق للحيض في العام ٢٠٠٧ حين وُجِدَ ترابطٌ بين هذا الاضطراب وبين متغيرات في جين مستقبل الإستروجين ألفا، كما وجد أن هذا الترابط يشاهد فقط في نساء لديهن شكل متغير من جين آخر هو جين الإنزيم catechol-O-methyltransferase الذي له شأن مهم في تنظيم وظائف قشرة الدماغ قبل الجبهية ذات الصلة بتنظيم المزاج. ومن الفرضيات في هذا المجال أن الانزعاج السابق للحيض هو نتيجة عوز السيروتونين الناجم عن تموّج الهرمونات التناسلية الأنثوية في الطور اللُوتينِيِ من الدورة الشهرية. وتدعم هذه الفرضية نتائج تجارب سريرية تبين فعالية مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية في معالجة هذا الاضطراب حين تعطى في أثناء طور الانزعاج. كما يزداد في النساء المصابات بهذا الاضطراب احتمال حدوث الاكتئاب وحيد القطب والاضطرابات القلقية.

المعالجة: تهدف المعالجة إلى تخفيف معاناة المرأة وتخفيف اضطراب علاقاتها الاجتماعية، فتستخدم المعالجة الداعمة ذاتها المستخدمة في معالجة المتلازمة السابقة للطمث، ويفيد في تخفيف الأعراض الفيتامين B6 ومثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية، وطليعة السيروتونين تريبتوفان.

٣- الذهان السابق للحَيض premenstrual psychosis:

تصاب بعض النساء خلال النصف الثاني من الدورة الحيضية باضطراب ذهاني ما يلبث أن ينتهي فجأةً مع بداية الحيض، وهو مرض نادر وتوحي تقارير مهمة من اليابان والهند والدول الإسلامية أنه قد يكون اضطراباً عالمياً، وتبين تلك التقارير وجود ميل عائلي إلى الإصابة به. سريرياً يشابه الذهان السابق للحيض الذهان التالي للولادة، وأهم مظاهره السريرية هي: البدء الحاد والمدة القصيرة والشفاء السريع للمظاهر الذهانية مثل التوهمات والهلوسة والذهول

والتخليط أو الهوس، تتكرر على نحو دوري مع الدورة الحيضية. يُحَسِّن الحمل من هذا الاضطراب، وهناك من يقول بفائدة المعالجة بمانعات الحمل الفموية وبالبروجيسترون والكلوميفين clomifene والدانازول danazol.

ثانياً- الحمل والاضطرابات النفسية المتعلقة به:

يعد تأخر الحيض مدة أسبوع في امرأة منتظمة الطمث العلامة الاحتمالية الأولى للحمل، وتشتمل العلامات الاحتمالية الأخرى على تضخم الثديين وإيلامهما، وتغير شكل الثديين وحجمهما، والغثيان مع قياء أو من دون ذلك، وتعدد البيلات، والتعب والوهن الصباحي، ويؤكد تشخيص الحمل مخبرياً. يقسم الحمل إلى ثلاثة أثلاث تبدأ من اليوم الأول للدورة الحيضية الأخيرة وتنتهي بالولادة. يجب على الحامل أن تتكيف خلال الثلث الأول مع تغيرات جسمها ومع التقلبات المزاجية. أما الثلث الثاني فإنه يعد الأكثر راحة للحامل لأنها تكون قد انتهت من الغثيان والقياء وبدأت تستعيد طاقتها، مما يشعرها بتحسّن يجعلها أكثر شوقاً لرؤية مولودها. ويرافق الثلث الثالث للحمل انزعاج جسدي في العديد من الحوامل، إذ تقع أجهزة الحامل القلبية الوعائية والكلوية والرئوية والهضمية والغدية تحت عبء تغيرات عميقة قد تؤدي إلى خفقان القلب وزيادة الوزن وضيق النفس وحرقة الفؤاد، وتتطلب بعض الحوامل تطميناً بأن هذه الأعراض سوف تتراجع بعد ٤-٦ أسابيع من الولادة.

تخضع النساء في أثناء الحمل إلى تغيرات نفسية مميزة، وتعكس مواقفهن من الحمل معتقدات عميقة تتعلق بمفهوم التناسل وما إذا كان الحمل مخططاً له أو غير مخطط أو إذا كان الطفل مرغوباً به أو لا. ويتأثر ذلك بنوع العلاقة مع الزوج، وبعمر الحامل، وبإحساسها بهويتها كأمٍّ مستقبلية. وغالباً ما تجد النساء السليمات نفسياً أن الحمل عملٌ خلاق وإشباعٌ لحاجات أساسية. وتستخدم بعض النساء الحمل لتأكيد أنوثتهن أو للحصول على السلام والاطمئنان الذاتي بأنهن يؤدين وظائفهن بوصفهن إناثاً، في حين تنظر بعض النساء إلى الحمل نظرةً تشمل التخوف من الولادة والشعور بعدم الكفاءة لتكون أماً. وتتأثر نظرة المرأة إلى الحمل واحتمال نجاحها لاحقاً كأمّ بتجارب طفولتها الباكرة وبتجربة انفصالها عن أمها وتكوينها لهويتها المستقلة؛ فإذا كانت والدة المرأة الحامل مثالاً سيئاً للأمومة فإن إحساس هذه المرأة بمدى كفاءتها لتكون أماً سيكون ضعيفاً، وقد تفتقر إلى الثقة بنفسها قبل الولادة أو بعدها، وغالباً ما تتركز المخاوف والتخيلات غير الواعية للنساء خلال الحمل الباكر على فكرة الانشطار عن أمهاتهن.

يبدأ التعلق النفسي للأم بالجنين وهو في رحمها، وتكون لدى معظم الحوامل مع بداية الثلث الثاني من الحمل صورةٌ عقلية متخيلة لمواليدهن، فينظرن إلى الجنين على أنه كائن منفصل عنهن حتى قبل ولادته، لذلك فإن الكثير من الحوامل يتكلمن مع أجنتهن، ولا يرتبط التحدث العاطفي مع الجنين بالإحساس المبكر بالأمومة فحسب، بل يرتبط أيضاً بجهود الأم للمحافظة على حمل صحي عن طريق الامتناع عن التدخين والكافئين مثلاً. وطبقاً لعلماء التحليل النفسي فإن الطفل المقبل هو صفحة بيضاء تسقط الأم عليها كل أمنياتها ومخاوفها، وتعزى في حالات نادرة بعض الحالات النفسية المرضية التي تعانيها الأم بعد الولادة إلى مثل هذه الإسقاطات مثل رغبة الأم في أذية وليدها الذي تنظر إليه على أنه جزء مكروه من نفسها.

الاضطرابات النفسية في أثناء الحمل:

١- **القلق:** يعد الحمل ذاته حالة مُقلقة للعديد من النساء. ففي الثلث الأول من الحمل يسيطر على الحامل قرارٌ مقلقٌ نحو الاستمرار بالحمل أو إنهائه، ويبلغ القلق ذروته في النساء اللواتي لديهن إجهاضات سابقة في الوقت الذي كن فقدن فيه الحمل السابق. ويتركز القلق المتصاعد في الثلث الثالث من الحمل على ثلاثة أمور أساسية هي الخوف من المخاض، والخوف من احتمال أن يكون الجنين مشوهاً، والخوف من الإخفاق في تحمل أعباء الأمومة. وتُدبَّر هذه المخاوف عادة بالمعالجة الداعمة، وإذا اضطر إلى المداواة عُدّت مشتقات الفينوتيازين أدوية آمنة نسبياً، أما البنزوديازيبينات فهي مضاد استطباب ولاسيما في المراحل الأخيرة من الحمل لأنها تسبب متلازمة الطفل الرخو، ويفضل تجنب البروبرانولول لأنه قد يؤخر نمو الجنين وأعراضاً قلبية وتنفسية في الوليد.

٢- **الاكتئاب:** على الرغم من من أن الاهتمام بالاكتئاب قبل الولادة أقل على نحو عام من الاكتئاب التالي للولادة فإنه ليس أقل شيوعاً منه؛ فالاكتئاب شائع في مختلف الفئات العمرية للنساء في سن النشاط التناسلي، ولا يقل معدل حدوثه في أثناء الحمل عنه في بقية مراحل عمر المرأة، بل قد يعدّ الحمل عامل خطورة للانتحار عندما يكون غير مرغوب أوغير شرعي ومتسماً بوصمة عار.

٣- **الكحولية:** يؤدي تناول كميات كبيرة من الكحول في أثناء الحمل إلى تأثيرات ضارة على الجنين؛ فللإيتانول

تأثيرات مشوهة للجنين، ويسبب متلازمة الكحولية الجنينية التي تتضمن تشوهات وجهية ناجمة عن عسر تصنع الفكين، إضافةً إلى إعاقة نمو الجنين داخل الرحم، وتقصير مدة الحمل، وولادة مولود ناقص الوزن ليس بسبب الخداج بل بسبب إعاقة الإيتانول للنمو داخل الرحم.

ثالثاً- الإجهاض وعواقبه النفسية:

يعرف الإجهاض المحرض بأنه الإنهاء القصدي للحمل، ويبلغ معدل الإجهاضات في الولايات المتحدة ٢٤٦ إجهاضاً لكل ١٠٠٠ ولادة لمولود حيّ، ويشيع الإجهاض في الغرب بين الشابات العازبات. وتُظهِر الدراسات الحديثة أن معظم النساء اللواتي قمن بالإجهاض المحرض كُنَّ مقتنعات بالقرار الذي اتَّخَذْنَه، وانه قليلاً ما يكون للإجهاض فيهن عواقب نفسية سلبية. أما النساء اللواتي عانين إجهاضاً تلقائياً فيتعرضن لمعدلات عالية من الاكتئاب الارتكاسي، وسبب هذا الفارق هو أن النساء اللواتي قمن بالإجهاض القصدي لا يردن الطفل أصلاً على عكس النساء اللواتي حدث لديهن الإجهاض التلقائي. ولكن تختلف الصورة على المدى البعيد فتصبح المرأة التي قامت بالإجهاض القصدي أكثر كرباً وانزعاجاً من المرأة التي حدث لديها إجهاض تلقائي. والإجهاض في الثلث الثاني من الحمل أكثر رضاً من الناحية النفسية من الإجهاض في الثلث الأول. والسبب الأكثر شيوعاً للإجهاض المتأخر هو اكتشاف تشوه الجنين، وهكذا فإن الإجهاض القصدي المتأخر يكون لجنين مرغوب فيه كانت الأم قد كوّنت معه رابطة جيدة خلال الفترة الأطول من الحمل. وقد تلجأ المرأة التي لا يُسمح لها بالإجهاض أحياناً إلى الانتحار مفضلةً ذلك على استمرار الحمل المرفوض، أما عند إجبار المرأة على الاستمرار بالحمل حتى وضع المولود فقد يتزايد خطر قتل ذلك الوليد أو هجره أو إهماله أو سوء معاملته بكلّ الطرائق المحتملة لسوء المعاملة.

رابعاً- الولادة وتأثيراتها النفسية:

التأثيرات النفسية للمخاض:

قد تكون الولادة إحدى أكثر المحن الإنسانية شدةً: ففيها من الألم والعذاب ما يكفي لتسبب شعوراً بالإحباط واليأس والتعاسة أحياناً، ولاسيما في الولادات التقليدية البدائية التي ما تزال موجودة في بعض المناطق حتى هذا اليوم. وهناك حوادث من انتحار بعض الحوامل أو إصابتهن بنوب من الغضب الشديد التي قد تكون خطرة على الجنين وقد تكون عامل خطورة لقتل الوليد. ويحدث الهذيان في حالات نادرة، يبدأ قبل الولادة بوقت قصير ويدوم بضع ساعات فقط ويتراجع بعد الولادة مع نساوة لكل ما حدث في الساعات السابقة. ومازال سبب حدوث الهذيان غير معروف حتى الآن، ولكنه عُزي إلى الألم الشديد المُبرّح.

العواقب النفسية لفقدان الطفل:

قد تفقد الأم طفلها لعدة أسباب منها رغبة الأم في إنهاء الحمل، والإجهاض، وأسباب طبية، وموت الجنين داخل الرحم، وموت الوليد المفاجئ، والتخلي عن الوليد بقصد التبني. وتصاب الأم عقب فقدان ابنها بتفاعل حداد يشبه تفاعل الحداد التالي لفقدان شخص عزيز بالغ ولكن مع بعض السمات الخاصة.

يتظاهر تفاعل الحداد في الأم بسبب فقدان الطفل بالمظاهر التالية: الصدمة، ثم خدر عاطفي وشعور بالفراغ تليه الإصابة بحزن مؤلم طويل الأمد وبهلوسة (الشعور بحركات الجنين، رؤية وجه الطفل، سماع بكاء الطفل، رؤية الطفل وهو يتحرك في سريره، وسماع هدهدته)، وقد يرافق ذلك شعور بالذنب والغضب، وأحياناً بتوجيه التهم للآخرين. كما قد تحدث نوب من الهياج يرافقها رمي ألعاب الطفل وألبسته وتدميرها، يليها شعور بالخزي والعار والنبذ من المجتمع وبالتالي الشعور بالحقد على الناس وحسد الأمهات الناجحات وربما التفكير بسرقة أطفالهن.

يتطلب تدبير فقدان الطفل التواصل مع الأبوين تواصلاً مبنياً على الأمانة والصدق، وتجنّب تعزيز الشعور بالذنب لديهما. ويجب على الفريق الطبي تقبل غضب الأهل وحسبانه ارتكاساً طبيعياً وعدم محاولة الوقوف موقف المدافع عن النفس.

تفضل معظم النساء اللواتي فقدن أطفالهن وهنّ في المستشفى النأي بأنفسهن عن الآخرين والانفراد بأزواجهن، ويطالبن عادة بالخروج من المستشفى بأسرع ما يمكن. ويجب قبل مغادرتهن أن يقابلهن استشاري التوليد عدة مرات، كما يجب أن يوصف لهن بروموكريبتين من أجل إيقاف إدرار الحليب، وقد توصف المنومات للمريضات المصابات بالأرق، والأهم هو التنبه للاكتئاب الثانوي. ومن المفيد السماح للوالدة برؤية ابنها الميت وملامسته وبالتقاط صورة تذكارية معه والاحتفاظ بها، كما قد ترغب بعض الأمهات بالاحتفاظ بتذكار من نوع آخر مثل خصلة من شعر الطفل. ومن الضروري والمفيد أيضاً إطلاق اسم على الطفل الميت والقيام بكل مراسم الدفن المعتادة.

تحتاج الأم المفجوعة إلى من يشاركها همومها ويخفف من كربها ويساعدها على تقبل مصيبتها، وغالباً ما يقوم

بهذا الدور الداعم الزوج والعائلة والأصدقاء، أو الأطباء والاختصاصيون النفسيّون.

خامساً- فترة النفاس والاضطرابات المتعلقة بها:

الارتكاسات النفسية الطبيعية ما بعد الولادة:

تعد الولادة عند معظم النساء اللحظة الأسمى والأكثر سعادةً ونشوةً في حياتهن. وتساعد هذه المشاعر من الطمأنينة والسلام والإحساس بالعمل الخلاق؛ الأمَّ في الأسابيع التالية للولادة على تجاوز الإجهاد الذي عانته في الفترة السابقة وفي أثناء المخاض. وقد تتعرض الأم لفترة من الفرح الغامر يدوم أسبوعاً أو أكثر (الهوس الخفيف في فترة النفاس) وغالباً ما يليه اكتئاب. وتواجه الأم في فترة النفاس مجموعة من التحديات التالية:

١- الإعياء الجسدي الذي يتضافر مع الألم الناتج من الرض الحوضي بسبب الولادة.

٢- الرضاعة الطبيعية.

٣- الأرق، ويعد الحرمان من النوم أحد أسباب النزق وسرعة الغضب.

٤- المحافظة على الجمال والجاذبية التي قد تهدد بزيادة الوزن.

٥- فقدان الرغبة الجنسية وعسر الجماع الناتج من الرض المهبلي الولادي أو الجراحي، وتستأنف العلاقة الجنسية خلال ٣ أشهر عادةً.

٦- الشعور بالسأم نتيجة التعب وملازمة المنزل والعزلة الاجتماعية والتوقف المؤقت عن العمل.

تتضافر جميع هذه التغيرات لتصبح عوامل تؤثر في الحالة النفسية للأم الجديدة. وقد تتعرض الأم لبعض الاضطرابات النفسية في سياق هذه التغيرات الاجتماعية والعاطفية والبيولوجية السريعة. ومن الارتكاسات النفسية الطبيعية ما يعرف باسم أحزان الولادة baby blues أو أحزان الأمومة maternity blues؛ إذ تمر نحو نصف الأمهات بفترة قصيرة من اكتئاب جزئي يحدث ما بين اليومين الثالث والخامس من الولادة ويدوم من بضع ساعات إلى أيام، تعاني الأم في أثنائها حساسية مفرطة تجاه أبسط الأمور، وتفاجئ مَن حولها ببكاء شديد غير مبرر وغير متوقع، وهكذا فإن أساس هذا الاضطراب ليس الاكتئاب، بل تغير مزاجي مفاجئ وعابر وغير متوقع. تشاهد "أحزان الولادة" في كل أنحاء العالم، وترتبط إحصائياً بالسمات الشخصية القلقية، وبالتنبه العصبي، وبالاكتئاب في أواخر الحمل. وقد تمت دراسة هذا الموضوع من الناحية المخبرية ولكن من دون إجماع عام على الموجودات المخبرية في تلك الدراسات؛ فقد وجد في إحدى الدراسات هبوط كبير في البروجيسترون، ولكن النتيجة المخبرية الأكثر تواتراً هي نقص النورأدرينالين في البول والمصل.

سادساً- الاضطرابات النفسية التالية للولادة:

تشتمل الاضطرابات النفسية التالية للولادة على الاضطراب الذهاني التالي للولادة، والاضطراب الاكتئابي التالي للولادة، والاضطرابات القلقية التالية للولادة.

١- الاضطراب الذهاني التالي للولادة:

قد يبدأ عديد من الاضطرابات الذهانية على نحو مبكر بعد الولادة؛ مثل الهذيان المشابه للهذيان المشاهد في أثناء المخاض، والذهول الناجم عن الإعياء الشديد، والهذيان الارتعاشي، والهذيان التالي للارتعاج post eclamptic. كما قد تشاهد اضطرابات ذهانية ارتكاسية نفسية المنشأ مثل الغيرة المرضية التي تتطور على نحو يمكن تفسيره في ضوء التغير الحادث في العلاقة الزوجية والبرودة الحادثة في الحياة الجنسية بين الزوجين. ولكن يتظاهر القسم الأكبر من الاضطرابات الذهانية الوظيفية التالية للولادة بمظهر "الاضطراب الذهاني التالي للولادة".

لا يعدّ الذهان التالي للولادة اضطراباً خاصاً بذاته؛ فليست له أعراض نوعية ولا سير محدد، لذلك مازال تصنيفه مثار جدل منذ وصفه للمرة الأولى أوسياندر عام ١٧٩٧، وما تلاه من أعمال لأسكيرول عام ١٨١٨ ومارسيه عام ١٨٥٨. ولكن هناك ما يوحي وجود علاقة وثيقة بين الاضطراب الذهاني التالي للولادة واضطراب المزاج ثنائي القطب؛ إذ يحقق نحو ثلث هجمات الذهان التالي للولادة المعايير التشخيصية للهجمة الهوسية أو لهجمة هوسية في سياق اضطراب الفصام الوجداني، وغالباً ما يتبع الذهانُ التالي للولادة سيرَ اضطراب المزاج ثنائي القطب في أثناء الهجمات أو في الانتكاسات، وقد توجد سوابق اضطراب ثنائي القطب في العائلة، ويزداد معدل الإصابة بالاضطراب الذهاني التالي للولادة (نحو٢٠٪) في النساء اللواتي في سوابقهن اضطراب مزاج ثنائي القطب.

والاضطراب الذهاني التالي للولادة هو متلازمة تحدث بعد الولادة وغالباً في أثناء مدة النفاس (٦ أسابيع) بمعدل ١-٢ من كل ١٠٠٠ ولادة؛ تتميز باضطراب مزاجي ترافقه أعراض ذهانية مثل الأهلاسات واضطراب التفكير والضُلالات delusions واضطراب السلوك.

الأسباب: ينتمي الاضطراب الذهاني التالي للولادة إلى

مجموعة من الاضطرابات البيولوجية الدماغية ثنائية القطب، مع قابلية عالية للتوريث، أو ميل وراثي إلى الإصابة بهجمات ذهانية في أثناء الحياة. وحين التفكير بالأسباب الحقيقية لهذا الاضطراب تجب الإجابة عن ثلاثة أسئلة أساسية هي: أ- ما طبيعة العوامل المؤهبة، ب- ما هي العوامل التي لها شأن في تحديد قطبية هذا الاضطراب (اكتئاب أو هوس، أو أعراض دورية)، ج- ما الذي يثير بدء الأعراض؟ تشتق الإجابة عن كل من السؤالين الأول والثاني من دراسة اضطراب المزاج ثنائي القطب، في حين يعود السؤال الثالث إلى دراسة الاضطراب الذهاني التالي للولادة على نحو خاص. وتدل الحقائق السريرية على أن العوامل المثيرة تتعلق بالحوادث التناسلية لدى المرأة وهي الإجهاض، والحمل ذاته ولاسيما في ثلثه الثالث، ومرحلة النفاس المبكرة ولاسيما أيامها العشرة الأولى، والحيض التالي للولادة، والحيض عموماً (الذهان الحيضي) والفطام. وقد تنضم هذه العوامل إلى قائمة من العوامل البيولوجية الأخرى التي تتضافر لتثير الهجمات المزاجية - الذهانية. وتتضمن هذه العوامل البيولوجية التغيرات المناخية الفصلية، والجراحة، والمعالجة بالستيروئيدات القشرية.

الوبائيات: يصيب الاضطراب الذهاني التالي للولادة نحو ١-٢ من كل ١٠٠٠ ولادة، ويحدث نحو٥٠٪-٦٠٪ منها عقب الحمل الأول، وترافق نحو ٥٠٪ من الحالات مضاعفات غير نفسية حول الولادة، وتوجد في نحو ٥٠٪ من الحالات سوابق قصة عائلية لاضطراب مزاجي. وتدل الدراسات على عدم وجود علاقة بين الإصابة بالاضطراب الذهاني التالي للولادة وبين كل من الحمل التوءمي، أو الرضاعة الطبيعية، أو الحمل من دون زواج، أو موت الجنين.

الأعراض والمظاهر السريرية: يبدأ الاضطراب الذهاني التالي للولادة على نحو حاد، ويصل بسرعة إلى ذروة شدته؛ تبدأ الأعراض بين اليوم الثاني واليوم الرابع عشر بعد الولادة، ويتميز هذا الاضطراب بالأعراض التالية: الاكتئاب والضلالات (التوهمات) وأفكار عن إيذاء المريضة لطفلها أو لنفسها، مما يوجب مراقبة مثل هذه الأفكار الانتحارية أو العدوانية على نحو لصيق مع ندرة تحول هذه الأفكار إلى أفعال.

يبدأ الاضطراب على نحو وصفي بشكوى المريضة التعب والأرق وعدم الارتياح، ثم قد تعاني نوباً من البكاء والتقلقل العاطفي، ثم تعاني الشكوك والتخليط والكلام غير المترابط ووساوس حول صحة الطفل أو توهمات بأن الطفل قد مات أو سيموت أو سيتعرض لأذية ما. وقد تُنكر المريضة صلتها بالطفل، أو تقول إنها غير متزوجة، أو إنها ما زالت عذراء، أو إنها مضطهدة، أو إنها تخضع لسيطرة الآخرين. وقد تعاني المريضة أهلاسات لها المحتوى ذاته، مثل سماع أصوات تخبرها بأن الطفل ليس ابنها وتأمرها بقتله أو بقتل نفسها. كما يشيع معاناة المريضة عدم قدرتها على المشي أو الحركة أو الوقوف.

يلاحظ مما سبق أن الاضطراب الذهاني التالي للولادة يبدأ بأعراض بادرية تلحقها الأعراض الذهانية التي تصبح المريضة حين حدوثها خطرة على نفسها وعلى طفلها، وتعتمد خطورتها على نحو أساسي على محتوى أوهامها وشدة اهتياجها، وقد بلغ معدل انتحار الوالدات في إحدى الدراسات ٥٪ ومعدل قتل الوليد ٤٪.

السير والإنذار: تستمر أعراض الاضطراب الذهاني التالي للولادة نحو ٦ أشهر إذا لم تعالج، ولكن الأعراض تتراجع بمدة أسابيع حين استخدام العلاجات الحديثة مثل مضادات الذهان والتخليج الكهربائي ومعدلات المزاج، مع وجود ميل إلى النكس يرافق أيام الحيض لدى عدد قليل من المريضات. ومن النادر في هذا الاضطراب حدوث الموت بسبب الجامود catatonia (شكل من الفصام) أو الانتحار أوقتل الوليد ويحدث النكس في ٢٠٪-٢٥٪ من الحمول اللاحقة، كما قد تنكس الأعراض الذهانية في أوقات ليست مقتصرة على مرحلة ما بعد الولادة فقط بل في أي وقت من مراحل الحمل وبنسبة احتمال حدوثها بعد الولادة تقريباً. وقد يصاب نحو ثلثي المصابات باضطراب مزاجي غير محدد خلال سنة من الولادة. **ولعوامل الخطورة التالية شأن في تطور الاضطراب الذهاني التالي للولادة:**

أ- سوابق إصابة باضطراب ذهاني تالٍ للولادة.

ب- سوابق إصابة باضطراب مزاجي ذهاني استدعت شدته دخول المستشفى (ولاسيما الفصام الوجداني).

ج- سوابق عائلية لاضطراب مزاجي ذهاني (ولاسيما أقرباء الدرجة الأولى والثانية).

ويجب توثيق عوامل الخطورة السابقة في سجل الحامل خلال المراجعات المتوالية ومراجعتها خلال الفترة السابقة للولادة، وتزويد الحامل وزوجها بمعلومات عن الاضطراب الذهاني التالي للولادة قبل الولادة.

علاج الاضطراب الذهاني التالي للولادة: لا توجد معالجة نوعية للاضطراب الذهاني التالي للولادة، بل يعالج كأي اضطراب ذهاني آخر مع الانتباه لما يتعلق بالأمان الدوائي بالنسبة إلى الرضاعة، ويمكن لهذه المعالجات أن تتضمن واحداً أو أكثر من الأدوية التالية: مضادات الاكتئاب أو

معدلات المزاج أو مضادات الذهان، أو المعالجة بالتخليج الكهربائي.

الوقاية من الاضطراب الذهاني التالي للولادة: يبدو من البراهين المتوافرة أن الليثيوم فعال بوصفه دواءً وقائياً من الإصابة بالاضطراب الذهاني التالي للولادة في مجموعات النساء عاليات الخطورة؛ إذ يخفض إعطاء الليثيوم الوقائي - إما في أواخر الحمل أو في الفترة التالية للولادة مباشرةً - وقوع الاضطراب الذهاني التالي للولادة في النساء العاليات الخطورة من نحو ٢٠٪ إلى أقل من ١٠٪. وتدعم هذا الرأي دراسة أظهرت معدلات نكس عالية من الذهان التالي للولادة من نساء مصابات سابقاً باضطراب مزاج ثنائي القطب وانقطعن عن العلاج بالليثيوم في أثناء الحمل.

٢- الاكتئاب التالي للولادة:

تعد **السوداوية التالية للولادة** puerperal melancholia من أول الاضطرابات النفسية التي تم وصفها. ففي العهود التي كان شائعاً فيها البيمارستان كانت السوداوية التالية للولادة إحدى أهم الحالات النفسية الشديدة والمديدة التي تحتاج إلى القبول، وكانت الأمهات المصابات بالاكتئاب التالي للولادة دائماً تحت الدراسة في المسوحات التي تجرى في المستشفى. ومن المعروف بأن السوداوية التالية للولادة تبدأ على نحو متأخر أكثر من الهوس التالي للولادة، وهي أكثر علاقة بمرحلة الإرضاع منها بمرحلة النفاس بعد الولادة.

الاكتئاب التالي للولادة هو مرض اكتئابي من دون أعراض ذهانية، تتدرج شدته بين الاكتئاب الخفيف إلى الاكتئاب

المواصفات	أحزان الولادة baby blues	الاكتئاب التالي للولادة
زمن البدء	٣- ٥ أيام بعد الولادة	غالبا ٣-٦ أشهر بعد الولادة
المدة	أيام إلى أسابيع	أشهر إلى سنوات (إن لم يعالج)
العلاقة مع العوامل المسببة للكرب	لا يوجد علاقة	توجد علاقة ولاسيما غياب الدعم العائلي
التأثير الثقافي الاجتماعي	لا يوجد، تصاب النساء من كل الثقافات ومن كل الطبقات الاقتصادية والاجتماعية	ترابط قوي مع البنية الثقافية والاجتماعية
قصة سابقة لاضطراب مزاجي	ترابط ضعيف	ترابط قوي
قصة عائلية لاضطراب مزاجي	ترابط ضعيف	بعض الترابط
البكاء	موجود	موجود
تقلقل مزاجي	موجود	غالباً موجود، و لكن المزاج المسيطر هو الاكتئابي
اِنعِدَامُ التَّلَذُّذِ	غير موجود	غالباً موجود
اضطراب النوم	أحياناً	شائع
أفكار انتحارية	لا يوجد	أحياناً
أفكار عن أذية الوليد	نادرة	شائعة
مشاعر ذنب وإحساس بعدم الكفاءة	غائبة أو خفيفة	غالباً موجودة و شديدة

الجدول (١) أهم الفروق بين الاكتئاب التالي للولادة وأحزان الولادة

معتدل الشدة، يحدث خلال السنة الأولى بعد الولادة. ومن المهم تمييز الاكتئاب التالي للولادة من الأعراض المزاجية التي تعانيها السيدة بعد الولادة والتي يطلق عليها "أحزان الولادة"، والتي هي فترة عابرة من الحزن والبكاء والشعور بالبؤس. والجدول يظهر أهم الفروق ما بين الاكتئاب التالي للولادة و أحزان الولادة.

الأسباب: تشابه أسباب الاكتئاب التالي للولادة أسباب الإصابة بالاضطراب الاكتئابي على نحو عام، وتشتمل على الوراثة، ووجود سوابق اكتئابية، والضغوط الاجتماعية، ومشاكل العلاقات مع الآخرين، والعزلة الاجتماعية. والنساء الولودات أقل تعرضاً من النساء العاقرات للإصابة بالاكتئاب على نحو عام، ويبدو أن للأعباء الناجمة عن تربية الطفل شأناً أكبر في أحداث الاكتئاب من الولادة ذاتها. ويزداد حدوث الاكتئاب التالي للولادة عقب العملية القيصرية، والإجهاض الباكر، وبوجود اضطراب الانزعاج السابق للحَيض. ويؤهب الحمل غير المخطط له أو غير المرغوب للإصابة بالاكتئاب على نحوعام وبالاكتئاب التالي للولادة. وقد أظهرت الدراسات ألا ترابط بين الاكتئاب التالي للولادة والإنجاب أو المضاعفات حول الولادة أو الرضاعة الطبيعية أو انخفاض دخل العائلة أو الخروج المبكر من المستشفى بعد الولادة. ولا دليل قاطعاً على أن التغيرات الهرمونية حول الولادة عامل خطورة لحدوث الاكتئاب التالي للولادة. وتشير بعض دِراسات الأتْراب cohort studies إلى ارتفاع احتمال حدوث الاكتئاب التالي للولادة بتأثير عوامل خطورة متعلقة بالوليد هي ولادة جنين ميت وموت الوليد بعد الولادة وانخفاض وزن الوليد (أقل من ١٥٠٠ غرام).

الوبائيات: الاكتئاب التالي للولادة من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً بين عامة السكان، إذ يصل معدل حدوثه إلى ١٠٪-٢٠٪ في الولادات كافة في مختلف أرجاء العالم، بما في ذلك سورية وغيرها من الدول العربية. ولكن لا تزيد نسبة اللواتي يراجعن طبيباً بسبب الإصابة بالاكتئاب التالي للولادة على ٥٪ من الأمهات، وقد يكون ذلك بسبب عدم تمييز هذا الاضطراب من اضطرابات أخرى أو بسبب وصمة العار التي قد تلحق بالأم المصابة، وعدم فهم أنها تمر بمرحلة مرضية تحتاج معها إلى الدعم والمعالجة.

المظاهر السريرية: تصبح الأعراض واضحةً عادةً بمدة ٣-٦ أشهر من الولادة، وقد تبدأ الأعراض قبل الولادة في نسبة كبيرة من الحوامل، ويمكن كشفها باكراً بالفحص المتوالي في أثناء الحمل وفي الأسابيع الأولى التالية للوضع عن طريق سؤال المرأة عن مشاعرها، باستخدام مقياس أدنبرة للاكتئاب التالي للولادة مثلاً [ر. الفحص والتشخيص في الطب النفسي]. وتشابه أعراض الاكتئاب التالي للولادة أعراض الاكتئاب الذي يحدث في فترات أخرى من الحياة. وتنص المعايير التشخيصية على وجوب وجود اثنين مما يلي على الأقل لمدة أسبوعين على الأقل: أ- انخفاض المزاج، ب- فقد اللذة، ج- التعب ونقص الحيوية. إضافة إلى وجود أربعة مما يلي: أ- نوم مضطرب، ب- تبدلات في الشهية، ج- هياج أو بطء نفسي حركي، د- صعوبة تركيز، هـ- فقدان الثقة واحترام الذات، و- مشاعر الذنب، ز- أفكار مترددة عن الموت والانتحار. وقد تتضمن الأعراض أيضاً انخفاض الرغبة الجنسية وتبدلات يومية في المزاج وسرعة الغضب.

مضاعفات الاكتئاب التالي للولادة: يؤدي اكتئاب الأم عقب الولادة إلى خلل تفاعل الطفل والأم، وإلى نقص احتمال حدوث التعلق الآمن للطفل بأمه، إضافةً إلى خلل تطور الطفل العاطفي والمعرفي ولاسيما الأطفال الذين يعيشون في مناطق محرومة من الناحية الاقتصادية والاجتماعية. تخف شدة هذه التأثيرات حين يهتم الزوج برعاية الطفل، ولكن قد يؤدي الاكتئاب التالي للولادة أيضاً إلى تدهور العلاقة الزوجية، وقد يُعرِّض الزوج للإصابة بالاكتئاب ولاسيما إذا كان لديه سوابق اكتئابية.

السير والإنذار: تشير الدراسات إلى أن معظم الهجمات الاكتئابية التالية للولادة تزول تلقائياً خلال ٣-٦ أشهر، ولكن يستمر الاكتئاب عند نحو ربع الأمهات المصابات حتى عيد الميلاد الأول للطفل. ويعد الانتحار أحد أهم أسباب موت الأم في السنة الأولى بعد الوضع. وقد يستمر التأثير السلبي للاكتئاب التالي للولادة في تطور الطفل وفي علاقته بأمه حتى بعد ضبط هجمة الاكتئاب عند الأم. وتشير معظم الدراسات الحديثة إلى أن الاكتئاب التالي للولادة يزيد خطر الإصابة بالاضطراب الاكتئابي في بقية أوقات الحياة، ويزداد احتمال معاودة الاكتئاب في المستقبل وبعد الولادات اللاحقة عند **وجود عوامل الخطورة التالية:**

أ- سوابق عائلية لاضطراب اكتئابي.

ب- كثرة التعرض لحوادث حياتية [ر. المعالجات في الطب النفسي].

ج- الكروب ما قبل الحمل وصعوبات التكيف معها.

د- وجود أكثر من طفلين في العائلة.

هـ- سوابق اضطراب نفسي في أثناء الحمل.

و- الحمل غير المخطط له.

ز- طول مدة انتظار حصول الحمل المرغوب فيه.

ح- الإصابة بأحزان الولادة.

ط- إحساس الأم بعدم الكفاءة في تربية الأطفال.

ي- خيبة أمل الزوج بجنس الطفل.

ك- سوء العلاقة الزوجية.

ل- الأم المراهقة وغير المتزوجة.

م- قلة العلاقات الاجتماعية وانخفاض مصادر الدعم الاجتماعي.

يسمح تعرف عوامل الخطورة هذه بالتشخيص وبالعلاج المبكرين، لذلك يجب توثيق هذه العوامل في سجل الحامل خلال المراجعات المتوالية (الروتينية) ومراجعتها خلال الفترة السابقة للولادة، وتزويد الحامل وزوجها بمعلومات عن الاضطرابات المزاجية التالية للولادة (أحزان الولادة والاضطراب الاكتئابي التالي للولادة) في الفترة السابقة للولادة.

استطبابات الاستشفاء: يستطب علاج الاكتئاب التالي للولادة في المستشفى حين يكون الاكتئاب شديداً، وحين تُصرّح المريضة بأفكار انتحارية أو بأفكار عن إيذاء طفلها، وحين تتدهور الحالة العقلية للمريضة. وينصح في هذه الأحوال بقبول الأم مع طفلها لأن هذا القبول المشترك للأم والطفل يحسن من النتائج بالنسبة إلى الطفل والأم. وتُوفّر المستشفيات في بعض الدول وحدات خاصة لهذه الحالات تسمى "وحدات الأم والطفل".

معالجة الاضطراب الاكتئابي التالي للولادة:

قد تطول مدة الاضطراب الاكتئابي التالي للولادة إن لم يعالج وقد يؤدي إلى عقابيل تؤثر في العلاقة مع الطفل وفي تطوره المعرفي والعاطفي، لذلك يجب علاج كل النساء المصابات بالاكتئاب التالي للولادة، ولا سيما بوجود تداخلات علاجية دوائية ونفسية فعالة في علاج هذا الاضطراب.

ترفض العديد من النساء تناول أي دواء نفسي في أثناء الحمل والفترة التالية للحمل. وعند البدء بعلاج الاضطراب الاكتئابي التالي للولادة يجب أن تؤخذ بالحسبان خيارات المريضة والمطاوعة العلاجية وفعالية التداخل الذي سيطبق والتأثيرات الجانبية والأمان الدوائي حين استخدام المعالجة الدوائية. ويجب الانتباه لبعض الحالات النادرة ولكنها خطرة على الأم نفسها وعلى وليدها مثل قتل الأم وليدها أو قتل نفسها. وهنا يجب اتخاذ إجراءات احترازية لحماية الوليد ولحماية الأم، مع التأكيد على تقييم عوامل الخطورة المتعددة، والتعامل معها، مما يُظهِر أهمية التواصل السريع والدائم مع الطبيب النفسي المعالج.

أ- المعالجة الدوائية: مضادات الاكتئاب من زمرة مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية هي الخيار الدوائي الأول في علاج الاكتئاب التالي للولادة، ولكن يجب استخدامها بحذر والتنبه لتأثيراتها الجانبية المحتملة على كل من الأم ووليدها. لا ينصح بإعطاء الأم المرضع فلوكسيتين fluoxetine وسيتالوبرام citalopram لأنهما يظهران بتراكيز عالية في حليب الثدي، ولكن يمكن وصفهما للمصابة بالاكتئاب التالي للولادة إذا كانت لاترضع. أما المرضع فيوصف لها سيرترالين sertraline أو باروكسيتين paroxetine. كما يمكن استخدام الأدوية الأقدم مثل ثلاثيات الحلقة في أثناء الإرضاع الطبيعي باستثناء دوكسيبين الذي يسبب تركين الرضيع واضطراب تنفسه. ويفضل تجنب الأدوية الحديثة مثل فينلافاكسين venlafaxine بسبب قلة المعلومات عن أمان استخدامها في أثناء الإرضاع الطبيعي. والمعلومات عن الأمان الدوائي بالنسبة إلى الرضيع عندما تعطى الأم مضادات الاكتئاب محدودة على نحو عام، ولكن توحي المعلومات المتوافرة أنه لا يوجد تأثيرات سمية قصيرة الأمد في الطفل الذي تتناول أمه مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة أو فلوكسيتين أو سيرترالين أو باروكسيتين. ولكن لا تتوافر معلومات عن المخاطر بعيدة الأمد على الطفل، لذلك فإنه من الأفضل عملياً إعطاء المرأة المرضع مضادات الاكتئاب بأدنى جرعة ممكنة.

ب- المعالجة النفسية: يمكن في تدبير الاضطراب الاكتئابي التالي للولادة اللجوء إلى المشورة أو إلى بعض أشكال المعالجة النفسية، إضافةً إلى تداخلات علاجية أخرى:

(١)- المشورة counseling: المشورة عملية منهجية تعطي للشخص فرصة البوح لاكتشاف الحياة وفهمها على نحو أكثر مرونة وبإحساس أكبر بالمعافاة [ر. المعالجات في الطب النفسي]. كما قد تهتم المشورة بمواجهة المشاكل الخاصة بالمريضة وحلّها فتساعدها على اتخاذ القرارات وحل الصراعات والتكيف مع الأزمات وتحسين العلاقات. تشير البراهين وعلى نحو راسخ إلى أن التداخلات المنهجية المعتمدة على المشورة غير الموجّهة (الاستماع الداعم من دون إعطاء النصائح والآراء) ٦-٨ جلسات فعّالة في إنقاص الاكتئاب الأمومي في الفترة التالية للولادة.

(٢)- المعالجة السلوكية المعرفية cognitive behavior therapy (CBT): تعتمد المعالجة السلوكية المعرفية على دمج مفاهيم وتقنيات كل من المعالجة السلوكية والمعالجة المعرفية

[ر. المعالجات في الطب النفسي]. وتهدف هذه المعالجة إلى حل المشاكل وإنقاص الأعراض الاكتئابية بتغيير الأفكار والمعتقدات والتصرفات. والتداخلات قصيرة الأمد باستخدام المعالجة السلوكية المعرفية ومقاربات حل المشكلات فعالة في تخفيف الأعراض الاكتئابية عند النساء بعد الولادة، وتعادل فعاليتها فعالية الأدوية المضادة للاكتئاب في تخفيف الأعراض الاكتئابية الخفيفة والمعتدلة.

(٣)- المعالجة بين الأشخاص interpersonal therapy: تتميز المعالجة بين الأشخاص من أشكال المعالجة النفسية الأخرى بتركيزها على الحدثيات بين الأشخاص وليس على الحدثيات النفسية. وهي مبنية على الاعتقاد أن الاكتئاب يحدث في سياق التفاعل مع الآخرين، وأنه يمكن مساعدة المريضات عن طريق توضيح صلة علاقاتهن القديمة والحالية بالأعراض الاكتئابية الحالية، وبناء مهارات التفاعل مع الآخرين. وقد أظهرت الدراسات بأن هذه المعالجة تحسن على نحو مهم الأعراض الاكتئابية في النساء المصابات بالاكتئاب التالي للولادة.

(٤)- الدعم الاجتماعي: إن العلاقة بين الاكتئاب التالي للولادة والظروف الاجتماعية المعوقة والمكربة مشابهة للعلاقة مع الاكتئاب على نحو عام، وتقدم مراجعة منهجية بعض البراهين على فعالية الدعم الاجتماعي في معالجة الاكتئاب التالي للولادة. ويجب أن يقدم هذا الدعم للأم بعناية وانتباه لتجنب زيادة اتكالها على مقدمي الدعم ولتجنب إضعاف ثقتها بقدرتها على تجاوز المرحلة التالية للولادة وبدورها الأساسي في العائلة. وقد أوضح العديد من الدراسات أن إحساس الأم بقلة الدعم قد يكون عامل خطورة قد يجعلها عرضة للإصابة بالاكتئاب التالي للولادة، وأن استخدام الدعم الاجتماعي بدقة من قبل الأم كمساعدتها على رعاية الطفل وأعمال المنزل قد تؤثر تأثيراً مفيداً في الأعراض الاكتئابية التي قد تعانيها، وهذا ما يسهل حصول التعلق الآمن بين الطفل والأم.

(٥)- المعالجة العائلية: أظهر العديد من الدراسات التي ركزت على التداخلات العائلية التي تضمنت الأم المصابة بالاكتئاب التالي للولادة وزوجها ووليدها العديد من الفوائد في تخفيف الأعراض الاكتئابية. كما قد يفيد العلاج الزوجي الذي يركز على الشراكة الزوجية وتفاعلاتها.

ج- معالجات أخرى: من المعالجات الأخرى التي قد تستخدم في تدبير الاكتئاب التالي للولادة تدليك الوليد infant massage من قبل أمه، فقد وجدت تجربة سريرية معشاة أنه يؤدي إلى تحسن مهم في التفاعل ما بين الأم والطفل. كما قد تفيد التمارين الرياضية في تراجع الاكتئاب على نحو عام، على الرغم من عدم وجود براهين على فعاليتها في الاكتئاب التالي للولادة على نحو خاص. وينطبق هذا القول أيضاً على المعالجة بالتخليج الكهربائي التي قد تستخدم في الحالات التي تتطلب تحسيناً سريعاً للاكتئاب، كوجود خطر انتحار شديد أو الامتناع عن تناول الطعام على نحو يهدد الحياة. ولا يوصى باستخدام الهرمونات الأنثوية الأستروجين والبروجيسترون في علاج الاكتئاب التالي للولادة، كما لا يوصى بعقاقير الطب البديل مثل عشبة القديس جون.

الوقاية من الإصابة بالاضطراب الاكتئابي التالي للولادة:

ما زال البرهان على فعالية العلاج الوقائي من الإصابة بالاضطراب الاكتئابي التالي للولادة لدى المجموعات عالية الخطورة موضع جدل. فقد أنتج عدد من التجارب السريرية المعشاة جيدة التصميم بيانات غير حاسمة عن فعالية العلاج الوقائي للاضطراب الاكتئابي التالي للولادة. كما بينت الدراسات السريرية المعشاة بأنه لا برهان على استفادة المرأة - التي لم تتعرض لأي مضاعفات في أثناء الحمل والولادة - من المساعدة بتقديم الدعم المنزلي من قبل عمال مدربين لهذا الغرض، أو بتقديم رعاية من قبل قابلة. كما وجدت دراسات أخرى أنه لا تأثير للتداخلات العلاجية المعتمدة على تحضير الأبوين قبل الولادة للأبوة والأمومة المنتظرتين على الاكتئاب أو على عوامل الخطورة النفسية الاجتماعية في الأشهر الثلاثة الأولى من الولادة. وجدت دراسة صغيرة أن التداخلات العلاجية المعتمدة على العائلة قد حسنت من العوامل النفسية الاجتماعية لدى الأم، ووجدت دراسة صغيرة أخرى أن المعالجة بين الشخصية التي قدمت للنساء اللواتي لديهن عامل خطر واحد على الأقل للإصابة بالاضطراب الاكتئابي التالي للولادة قد أحدثت تراجعاً في مقاييس الاكتئاب لديهن مقارنة بمجموعة لم تخضع لهذه المعالجة، وحدث فيها الاكتئاب التالي للولادة بمعدل ٣٣٪. وفي دراسة أتراب cohort على الحوامل اللواتي لديهن عوامل مؤهبة للمرض، تحسن حاصل مقاييس الاكتئاب عقب تطبيق برامج التدريب الأمومي. أما التجارب السريرية المعشاة المقارنة ما بين أميتريبتلين والدواء الغفل فلم تجد أي اختلاف بينهما في النساء اللواتي لديهن سوابق إصابة بالاكتئاب التالي للولادة بالنسبة إلى معدل حدوث النكس. باختصار قد يستفاد من العلاجات المعتمدة على التحضير

والتهيئة الأبوية والعلاج بين الأشخاص والزيارات الصحية بعد الولادة للنساء اللواتي لديهن عوامل خطورة.

٣- الاضطرابات القلقية التالية للولادة:

أ- اضطراب الكرب التالي للرضح: تعاني بعض النساء بعد المخاض المؤلم والشديد أرقاً وكوابيس وذكريات وصوراً مُقْحَمَة متكررة عن المخاض، على نحو يشبه ما يختبره الشخص المعرض للكوارث والتجارب المهددة للحياة. وتتجدد الأعراض عند المريضة مرةً أخرى عند حصول الحمل التالي، ولاسيما في الثلث الأخير من الحمل، فيحدث لديها ما يسمى "رهاب المخاض". ويعالج هذا الاضطراب بالمعالجة السلوكية المعرفية، وقد يصبح استطباباً للعملية القيصرية.

ب- الهلع: تستحوذ على تفكير بعض النساء مخاوف بأنهن لن يكن قادرات على التأقلم مع متطلبات رعاية الطفل الجديد، وقد تؤدي معاناة المرأة قلقاً مفرطاً بخصوص مواجهة مسؤوليات جسيمة؛ إلى إصابتها بالهلع والهياج والتوتر الشديد. وهذا الاضطراب غير محصور بالولادة الأولى، بل قد يحدث في الولادات التالية، وقد يصل الهلع إلى درجة تظن فيها المرأة بأنها ستفقد طفلها إذا لم تتم السيطرة على هذا الاضطراب بالمعالجة المناسبة.

يتم التعامل مع هذا الاضطراب عادة من قبل أفراد العائلة من دون الحاجة إلى علاج اختصاصي، وقد يكفي الدعم العائلي وخاصة من قبل أم المرأة المصابة. أما في بعض العائلات التي تكون بعيدة عن الأهل فيجب على الزوج التفرغ من أجل مساعدة زوجته على المتطلبات والصعوبات المستجدة، وقد تحتاج الأم إلى المهدئات خاصةً في الليل. وتُشَجَّع في أوقات اليقظة في الليل على أن تبقى مع وليدها مع تقديم ما يلزم من مساعدة ودعم، فيقدم أحد أفراد العائلة في البداية الرعاية للوليد بالتعاون مع الأم، وتتولى الأم المسؤوليات على نحو تدريجي مع مرور الوقت وشيئاً فشيئاً تستلم زمام الأمور لمختلف متطلبات رعاية الطفل، وهكذا تكون قد تغلبت على مخاوفها. ولكن في الحالات الشديدة قد يستطب الاستشفاء من أجل العلاج. يرتبط الإنذار بالتشخيص والعلاج الصحيحين والباكرين.

ج- الخوف من الموت المفاجئ للوليد: العرض الرئيسي في هذا الاضطراب هو الأرق الناتج من سهر الأم لمراقبة تنفس وليدها، وقد تنام الأم وهي واضعة يدها على صدر الوليد، وتستيقظ عدة مرات خلال الليلة الواحدة أو قد يتطور الأمر إلى إيقاظ الطفل عدة مرات للاطمئنان على أنه ما زال على قيد الحياة. ويؤدي ذلك إلى إعياء وتوتر شديد. ويمكن مساعدة الأم بمناقشة هذه المخاوف معها ومحاولة تبديدها على نحو منطقي وعلمي. كما يمكن معالجة الأم بالعلاج السلوكي المعرفي.

د- القلق المعمم: قد تعاني المرأة - حتى عند عدم وجود المكونات الخاصة بالمخاوف المتعلقة بموت الطفل - قلقاً غامراً مستمراً من رعاية الطفل، ومخاوف مفرطة من أدائها الأمومي ما يسبب فرط استثارة مستمرة، واعتناء مبالغ به بالطفل، وحساسية مفرطة نحو أقل الأشياء التي قد تسبب المرض. وتبلغ هذه الأعراض أشدها عند النساء اللواتي عانين سابقاً العقم أو صعوبات في الحمل، أو الإجهاضات المتكررة. تستفيد المرأة المصابة بالقلق المعمم من برامج تدبير القلق التي تعلم المرأة طرائق الاسترخاء الفعالة، كما تستفيد من برامج المستشفى النهاري التي تتضمن العلاج بالاسترخاء ومجموعات الدعم. وقد يكون من الضروري أحياناً استخدام البنزوديازيبينات ولكن بحذر ومع تجنب إعطائها للأم المرضع، فهي سهلة الامتصاص من أمعاء الطفل ولكنها تستقلب ببطء في كبده وتسبب له الخمول ونقص الوزن.

هـ- التجنب الرهابي للطفل: تعاني الأم القلق والوساوس التي يمكن أن تتطور إلى رهاب من الطفل وتصبح غير قادرة على الاقتراب منه نهائياً. تعدّ المعالجة السلوكية بإزالة التحسس التدريجي مناسبة لهؤلاء الأمهات.

و- وساوس أذية الوليد: يمكن لاضطراب الوسواس القهري أن يتظاهر بأفكار وصور عقلية وسلوكيات قهرية تتركز جميعها حول أذية الوليد، مثل الأفكار الوسواسية المتعلقة بقتل الوليد بطرق وحشية كالطعن أو قطع الرأس أو الخنق. وتخشى هؤلاء الأمهات البقاء وحيدات مع أطفالهن مما يدفعهن لاتخاذ تدابير احترازية مسبقة في مثل هذه الحالات. وقد تتركز هذه الوساوس حول القيام بسوء المعاملة الجنسي للطفل.

تعد مناقشة هذه الأفكار مع المريضة وإيضاحها لها جزءاً من العلاج، ولكن يحتاج هذا الاضطراب إلى المعالجة الدوائية بمضادات الاكتئاب أو حتى بمضادات الذهان في بعض الحالات، وتفيد المعالجة السلوكية المعرفية في علاج الأفعال القهرية ذات الصلة.

سابعاً- وصف الأدوية النفسية في أثناء الحمل والولادة والإرضاع:

تقسم النساء اللواتي يتناولن الأدوية النفسية في أثناء الحمل إلى مجموعتين: مجموعة تخضع للمعالجة بسبب اضطراب نفسي سابق للحمل، ومجموعة تحدث لديها

أعراض اضطراب نفسي في أثناء الحمل، للمرة الأولى أو نتيجة نكس اضطراب نفسي سابق.

يُنْصَح - كلما كان ذلك ممكناً - بأن يكون الخيار الأول في علاج الحالات الخفيفة إلى المتوسطة بالتداخل النفسي الاجتماعي والعلاجات النفسية (العلاج النفسي الداعم، والعلاج السلوكي المعرفي، والعلاج بين الأشخاص). ويجب أن تكون عتبة المعالجة باستخدام الأدوية النفسية مرتفعة نسبياً، وينصح بها فقط حين لا تنجح المعالجة النفسية في تخفيف الأعراض. أما الحالات الشديدة - ولاسيما التي تشتمل على أعراض ذهانية - فقد يكون لأساليب المعالجة النفسية شأن إيجابي في معالجتها، ولكن المعالجة الأساسية والأهم فيها هي المعالجة الدوائية.

يجب تثقيف كل النساء في سن الحمل عن استخدام موانع الحمل لأن لهذه الأدوية تأثيراً ضاراً في الجنين. كما يجب تثقيفهن في تأثير الاضطرابات النفسية غير المعالجة لدى الأم فيها وفي جنينها أو مولودها، وفي الأدوية النفسية والتأثيرات الجانبية المحتملة في الجنين أو المولود حديثاً. ويجب مساعدة المصابات باضطرابات نفسية على التخطيط للحمل خلال فترة هجوع المرض حتى تكون فترة الحمل خالية من العلاج الدوائي النفسي، كلما كان ذلك ممكناً، إذ يجب في الحالات المثالية معالجة هؤلاء النساء من دون إعطاء أدوية نفسية في الثلث الأول من الحمل على الأقل. أما إذا كان ذلك غير ممكن فيجب استعمال أقل جرعة ممكنة من الأدوية اللازمة للسيطرة على الأعراض.

لا تهدف المداواة النفسية فقط إلى تخفيف المعاناة في فترة الحمل، بل تهدف أيضاً إلى منع التدهور والنكس بعد الولادة؛ فمع كل التقدم الطبي في تحسين صحة الأم والطفل، مازالت الاضطرابات النفسية تشغل المركز الثاني بين أسباب موت الأمهات الحوامل في بريطانيا، إذ يبرز الانتحار بوصفه السبب الرئيس لوفيات الأمومة بنسبة ١٥٪، وتسهم الحالات النفسية في ٢٥٪ من مجموع وفيات الأمومة.

يجب بذل كل الجهود لمراقبة الأم الحامل في الفترة المبكرة من الحمل بغية تحديد النساء ذوات الخطورة العالية للإصابة باضطراب نفسي جديّ في أثناء الحمل أو بعد الوضع، نتيجة نكس حالة سابقة أو بدء مرض جديد، أو وجود قصة عائلية قوية لمرض خطر. عندها يمكن تنسيق العناية بين الرعاية الطبية الأولية وأطباء التوليد، وبين المستوى الثاني للخدمات الصحية للأمراض النسائية والنفسية للبالغين، إضافةً إلى الخدمات الاجتماعية المتوافرة.

في الأحوال المثالية يجب على النساء أن يحددن فترة الحمل في الفترة التي يَكُنَّ فيها سليمات نفسياً، ولا يتناولن أي أدوية نفسية، ولكن لا يتم ضبط موعد الحمل في ٥٠٪ من الحمول، وتتناول النساء أدوية موصوفة سابقاً في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل في نحو ٣٣٪ من الحمول، وتشتمل الأدوية المستخدمة على أدوية نفسية في كثير من الحالات. تقوم معظم النساء بإيقاف الدواء حين يكتشفن أنهن حوامل خوفاً من تأثيره في الجنين، وينبغي على الأطباء أن يحذّروهن من إيقاف الدواء المفاجئ. ويجب نصح النساء اللواتي يعانين اضطراباً نفسياً خفيفاً إلى متوسط عندما يحملن في أثناء تناول الأدوية المضادة للاكتئاب بقطع العلاج تدريجياً لأن قطع العلاج المفاجئ قد يسبب أعراض امتناع غير مرغوبة تضاف إلى القلق والتوتر الحاصلين لدى الحامل من احتمال تعرض الجنين لعوامل مشوهة.

أما إذا كانت الحامل تتعاطى أدوية لمعالجة اضطراب نفسي شديد، فيجب إجراء تقييم شامل ودقيق لمخاطر أخذ الدواء مقابل فوائده ، فهناك خطر كامن كبير على الجنين من التأثيرات الجانبية للأدوية النفسية في مراحل متعددة في أثناء الحمل، وليس فقط في مرحلة تكوين الأعضاء التي تكون قد انتهت عند اكتشاف وجود الحمل. ولكن هناك خطورة على الجنين أيضاً إذا حدث نكس مرض عقلي خطر لدى الأم، مما يسيء إلى الرعاية التوليدية والنفسية، وسلامة الأم وجنينها، لذلك فقد تدفع الموازنة بين الفوائد والأضرار إلى متابعة المداواة النفسية في أثناء الحمل مع احتمال تغيير المستحضر الدوائي إلى أسلم مستحضر معروف. وإذا حملت المرأة خطأً في أثناء تعاطيها أدوية ذات خطر كامن على الجنين يجب أن تخضع مبكراً إلى فحص مفصل بجهاز تخطيط الصدى (الإيكو) لتحديد آثار التعرض لهذه الأدوية، كي لا يتم التخلص من حمل مرغوب فيه ما لم يكن ذلك ضرورياً .

لما كانت جميع الأدوية النفسية تعبر المشيمة عملياً، فإن أي دواء يوصف للحامل سيصل إلى الجنين. وإن لزمن تعرض الجنين للأدوية النفسية أهمية خاصة في تطور الجهاز العصبي المركزي والجهاز القلبي الوعائي (إذ يبدأ تطور الجهاز العصبي المركزي بين اليوم السادس عشر واليوم الثامن عشر، ويتم إغلاق الأنبوب العصبي cerebromedullary tube في اليوم الثلاثين، أي بعد أسبوعين من انقطاع الحيض، ويتم تكوّن القلب بين اليوم ٢٢ واليوم ٣٥ ، أي بعد ٥ أسابيع

من آخر دورة شهرية). ولما كان الجهاز العصبي المركزي يتابع تطوره طوال حياة الجنين وفي مراحل الطفولة المبكرة، فإن نموه البنيوي والوظيفي يبقى حساساً تجاه التأثيرات الجانبية للأدوية النفسية (وكل المواد ذات الأذية الكامنة) حتى نهاية مرحلة الحمل وما بعدها.

مبادئ عامة أساسية:

١- يجب أن يكون التدخل النفسي الاجتماعي والمعالجة النفسية الخيار الأول في علاج الحالات الخفيفة إلى المتوسطة من الأمراض النفسية (غير الذهانية).

٢- تحتاج الاضطرابات النفسية الشديدة، ولاسيما التي ترافقها أعراض ذهانية إلى معالجة صارمة؛ إذ إن عواقبها على الأم والجنين خطرة إن لم تعالج.

٣- إذا كانت هناك ضرورة للمعالجة الدوائية إضافة إلى المعالجة النفسية، يجب مناقشة ذلك مع المرأة الحامل.

٤- تتغير القواعد العلاجية المسندة ببراهين باستمرار. وعلى نحو عام فإن المعطيات المتوافرة تدل على فوائد المستحضرات الدوائية القديمة وتأثيراتها الجانبية الكامنة؛ لذا من الأفضل تجنب الأدوية الحديثة.

٥- يتأثر استقلاب الأدوية بالتغيرات الفيزيولوجية المرافقة للحمل، لذلك فقد يجب تعديل الجرعة.

٦- ينصح باستخدام أقل جرعة فعالة، مع تقسيمها إلى عدة جرعات في أثناء النهار إذا كان ذلك عملياً بالنسبة إلى التزام المريضة.

٧- يفضل استخدام دواء وحيد وتجنب استخدام أكثر من دواء قدر الإمكان.

٨- ينصح بإنقاص جرعة الدواء مع تقدم الحمل، ويقطع الدواء عند الأسبوع ٣٦ إلى ٣٨ من الحمل إذا كان ذلك ممكناً (مادام تدهور الصحة النفسية للحامل أقل من خطر التأثيرات الجانبية للدواء في الجنين).

● مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة:

استخدمت مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة ومازالت تستخدم منذ أكثر من ٤٠ سنة، ولا يوجد أي برهان على أنها قد تسبب تشوهات جنينية أو تأثيرات سيئة في الحمل. ومع ذلك يجب أخذ الحيطة في أواخر الحمل؛ إذ سجلت حالات قليلة من أعراض امتناع قصيرة الأمد في ولدان بعمر أيام وفي خدّج؛ مثل فرط الاستثارة، وفرط الهياج، والرمع العضلي، والاختلاجات، وصعوبة المص.

لا تتوافر براهين على أن استخدام مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة خلال الحمل يسبب تأثيرات جانبية في تطور الجهاز العصبي للأطفال، كالتأثير مثلاً على نسبة الذكاء واللغة والسلوك، في حين تتوافر براهين على أن الاكتئاب الشديد غير المعالج عند الأم يرافقه ضعف التطور المعرفي واضطراب سلوكي عند أطفالها ولاسيما الذكور.

لقد انخفض استخدام مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة في الأعوام الأخيرة؛ بسبب خطورة التسمم الحاد عند تناولها بجرعات عالية في محاولات الانتحار، وبسبب كثرة تأثيراتها الجانبية المضادة للكولين. ولكن لا يوجد ما يمنع استخدام مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة في حالات الاكتئاب الشديدة والمسببة للعجز إذا كان هناك تقييم شامل لإمكانية إيذاء المريضة نفسها، وإذا أعطي الدواء بكميات صغيرة.

يعد كلٌ من إيميبرامين imipramine وأميتريبتلين amitriptyline حالياً الخيار الأول في معالجة حالات الاكتئاب المتوسطة إلى الشديدة في أثناء الحمل. ويمكن استخدامهما أيضاً لضبط أعراض القلق والهلع الشديدة والمسببة للعجز والتي لم تتحسن بالمعالجة النفسية. من مزايا مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة أنها تفرز بتراكيز قليلة في حليب الأم المرضع، ولم يظهر أنها تسبب أذى للوليد والرضيع، لذلك يمكن متابعة استخدامها للأمهات المرضعات بعد الولادة وفي أثناء الإرضاع.

● مضادات الاكتئاب المثبطة لاسترداد السيروتونين الانتقائية SSRIs:

زاد استخدام مضادات الاكتئاب المثبطة لاسترداد السيروتونين الانتقائية مثل باروكسيتين وسيرترالين وفلوكسيتين وفلوفوكسامين وسيتالوبرام في العقد الأخير خياراً أول في الاكتئاب الخفيف إلى المتوسط. وقد ثبت أنها أكثر تحملاً من مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة وأكثر أماناً في الجرعات المفرطة. وقد عرف سابقاً أنها آمنة نسبياً في أثناء الحمل والإرضاع، ولكنها تقدم مثالاً حياً على تغير الإرشادات العلاجية المسندة بالبراهين نتيجة توافر براهين جديدة على تأثيرات الأدوية الحديثة. فقد عرف في السنوات الأخيرة في عدد من الدراسات والحالات السريرية بأن استخدام فينلافاكسين ومضادات الاكتئاب المثبطة لاسترداد السيروتونين الانتقائية قد ترافقها مضاعفات ولادية متنوعة مثل الخداج ونقص وزن الولادة وصعوبات تنفسية وسلوكية عصبية وزيادة قبول الولدان في الحواضن.

قد ترافق استخدام مضادات الاكتئاب المثبطة لاسترداد السيروتونين الانتقائية في أثناء الحمل أعراض امتناع مزعجة لدى حديثي الولادة، وباضطرابات نزفية تشبه التي

تشاهد لدى البالغين بتأثير هذه الأدوية. وما زال سيرترالين حتى الآن الدواء الأكثر أماناً في أثناء الإرضاع.

● **مثبتات المزاج mood stabilizers:**

تستخدم الأدوية المثبتة للمزاج مثل الليثيوم والأدوية المضادة للصرع - كاربامازيبن وفالبروات الصوديوم ولاموتريجين - في علاج الهوس الحاد، وبوصفها جرعة صيانة في الاضطراب ثنائي القطب، وعلاجاً داعماً في معالجة الاكتئاب المعند المزمن. ولجميع الأدوية المثبتة للمزاج تأثيرات ماسخة وسامة للأجنة، وللأدوية المضادة للصرع المستخدمة في الاضطرابات النفسية التأثيرات الجانبية ذاتها المشاهدة عند معالجة النساء المصابات بالصرع بهذه الأدوية.

تستخدم النساء المصابات باضطراب مزاج ثنائي القطب فعال الأدوية المثبتة للمزاج طوال جزء كبير من حياتهن المخصبة، لذلك يجب توعيتهن بمخاطر استمرار المعالجة أو إيقافها على الحمل. ويُنصح بإعطاء جرعة صغيرة من دواء مضاد للذهان بدلاً من الأدوية المثبتة للمزاج، إذا كانت المرأة المصابة بالاضطراب ثنائي القطب الفعال تخطط للحمل، أو صارت حاملاً وذلك لعلاج هجمات الهوس الحادة وعلاجاً وقائياً في الحالات العقلية المستقرة.

● **الليثيوم lithium:**

من المعروف منذ زمن بعيد أن لليثيوم علاقة بالتشوهات القلبية الولادية الخلقية، ولاسيما شذوذ إيبشتاين Ebstein's anomaly الذي تحدث فيه تشوهات في الصمام مثلث الشرف. وقد تبين أن التعرض لليثيوم يزيد الخطورة المتوقعة لشذوذ إبشتاين عند الأطفال، ولكن تبقى هذه الزيادة صغيرة بالأرقام المطلقة.

هناك مخاطر أخرى مرتبطة بالليثيوم مثل استسقاء السائل الأمنيوسي، وداء السكري عند الوليد، واضطرابات نظم القلب، واليرقان، وقصور الدرقية. وقد يرافق التغيير السريع في حجم البلازما عند الأم حول فترة الولادة ارتفاع المستويات المصلية لليثيوم إلى مستويات سمية لكلٍ من الأم والوليد، وقد تنجم عن ذلك إصابة الوليد بمتلازمة الطفل الرخو floppy infant التي تتميز بالميل إلى النوم وبضعف المقوية والزرقة وتسرع التنفس وتسرع القلب وضعف الرضاعة (المص).

يجب ألا يوقف العلاج فجأة عند النساء اللواتي يحملن وهن يتعالجن بالليثيوم لخطورة نكس المرض لديهن. ويجب إجراء التصوير بالأمواج فوق الصوتية باكراً لكشف إصابة الأجنة بعيوب خلقية في القلب للسماح للحامل باتخاذ القرار بإكمال الحمل أو إنهائه.

أظهرت مراجعة عدة مصادر أن الليثيوم هو الخيار الأول حين الحاجة إلى أدوية معدلة للمزاج في أثناء الحمل، ولكن كثيراً من النساء لن يقبلن ذلك، مما يوجب معالجتهن بجرعات صغيرة من الأدوية المضادة للذهان النموذجية مثل هالوبيريدول أو ترايفلوبيرازين عند الضرورة.

● **فالبروات valproate:**

لم يدرس فالبروات جيداً في أثناء الحمل، لكن رافقت استعماله تشوهات ولادية كبيرة بما فيها الشوك المشقوق، إذ شوهدت عيوب الأنبوب العصبي عند مواليد ٥٪ من النساء اللواتي استخدمن الفالبروات في الثلث الأول من الحمل، ولذلك فإن اختياره ليس مفضلاً على الليثيوم، لكن إذا استمرت الحامل على استخدامه فلابد من إضافة الفولات الذي قد يخفف من خطورة حدوث التشوهات. قد يسبب فالبروات تغيرات في وظيفة التخثر تمثل خطورة على الأم وعلى الجنين في أثناء الحمل وفي نهايته، وقد تكون المعالجة البديلة الأكثر أماناً هي التخليج الكهربائي أو مضادات الذهان عالية القدرة.

يفرز فالبروات في حليب الثدي بتراكيز قد تصل إلى ١٠٪ من التراكيز المصلية لدى الأم. وقد سجلت علامات نقص صفيحات دموية وفقر دم عند أطفال بعمر ٣ أشهر تعرضوا لفالبروات في أثناء الحياة الرحمية وفي أثناء الإرضاع الوالدي، وقد تتراجع هذه العلامات بعد إيقاف الإرضاع.

● **كاربامازيبن carbamazepine:**

يعبر كاربامازيبن المشيمة، وقد وثقت العديد من التقارير احتمال إحداثه تشوهات في الجنين. وفي دراسة استباقية على ٣٥ طفلاً تعرضوا لكاربامازيبن في أثناء الحياة الرحمية تبين أن معدل حدوث العيوب الوجهية القحفية ١١٪، ونقص تصنع الأظافر ٢٦٪، وتأخر التطور ٢٠٪. لذلك يجب تجنب استخدام كاربامازيبن في أثناء الحمل.

يفرز كاربامازيبن في حليب الثدي، وقد سجلت بعض التأثيرات العابرة لدى الأطفال الذين تعرضوا لكاربامازيبن بسبب الرضاعة وشملت التهاب الكبد الركودي، واضطراب وظائف الكبد على نحو عابر، والنزق، والوسن، وصعوبة الرضاعة.

● **لاموتريجين:**

لا يعرف الكثير عن هذا الدواء الجديد نسبياً، ولكن تبين المعلومات المتوافرة أن استخدامه منفرداً ترافقه خطورة

احتمال إحداث تشوهات جنينية قد تصل إلى ٣٪، وأكثر هذه التشوهات الجنينية حدوثاً هو شق سقف الحنك. يفرز لاموتريجين في حليب الثدي، وينصح بتجنب وصفه في أثناء الإرضاع الوالدي إلى حين توافر معلومات أكثر عن تأثيراته.

- **الأدوية المضادة للذهان antipsychotic drugs:**

توصف الأدوية المضادة للذهان لمعالجة الاضطرابات النفسية الحادة والمزمنة، مثل اضطراب المزاج ثنائي القطب والفصام والأمراض المشابهة للفصام. قد تستمر المريضات في أثناء هجوع المرض بتناول المستحضرات الفموية أو المستحضرات مديدة التأثير للأدوية المضادة للذهان. وعلى الرغم من إضعاف الخصوبة بزيادة مستويات البرولاكتين المصلية، فإن معظم الأدوية المضادة للذهان الأحدث "اللانموذجية" ليس لها هذا التأثير، وقد تحمل نساء يتناولن الأدوية المضادة للذهان، وقد يرغبن في إكمال الحمل فيجب عندها معالجتهن بحزم لأن تأثير الذهان يفوق مخاطر الأدوية المضادة للذهان في الجنين.

- **الأدوية المضادة للذهان النموذجية:**

ليس لمضادات الذهان النموذجية خطورة مهمة في تشويه الجنين، ويمكن عند الحاجة إلى التهدئة في أثناء معالجة ذهان حاد استخدام كلوربرومازين، وإلا فإن ترايفلوبيرازين وهالوبيريدول هما الخيار العلاجي الأول. يفضل سريرياً وصف الأدوية المضادة للذهان على شكل مستحضرات فموية للحامل للسماح بمرونة أكبر في تعديل الجرعات، ولا يُنصح بالاستخدام المتوالي لمضادات الذهان مديدة التأثير في الحمل، بسبب احتمال حدوث تأثيرات جانبية خارج هرمية في الوليد أو الرضيع لعدة أشهر بعد تناول العلاج. وقد يسبب كل من الفينوتيازينات وهالوبيريدول أعراض امتناع أو أعراضاً خارج هرمية عابرة في الوليد، ولذلك يجب سحب العلاج في الأسبوع ٣٦-٣٨ من الحمل إن كان ذلك ممكناً.

- **الأدوية المضادة للذهان اللانموذجية:**

يتزايد استخدام الأدوية المضادة للذهان اللانموذجية الجديدة لأنها أفضل تحملاً من ناحية التركين والتأثيرات الجانبية خارج الهرمية كما أنها لا تنقِص الخصوبة. وقد يحدث الحمل في أوقات تغيير الأدوية من النموذجية إلى اللانموذجية. ولكن مازالت المعلومات المتعلقة باستخدامها وبتأثيراتها في أثناء الحمل شحيحة.

- **مشتقات البنزوديازين:**

يجب تجنب استخدام مشتقات البنزوديازين في أثناء الحمل ولاسيما في الثلث الأول منه. وإذا ما فوجئت المريضة بحمل لم تكن تخطط له في أثناء علاجها بالبنزوديازيبنات يجب إيقافها. كما يجب تجنب وصفها للأم المرضع.

الاضطرابات المعرفية

نهلة الحاج حسن

تُعدّ الاضطرابات المعرفية صلة الوصل بين الطب النفسي وطب الجهاز العصبي وتأثيرات الأدوية، ويتطلب تشخيصها وعلاجها إجراء فحص طبي نفسي دقيق يشمل أخذ قصة مرضية مفصلة وفحص الحالة العقلية. تتظاهر الاضطرابات المعرفية بأعراض سلوكية ويخلل في واحدة أو أكثر من الوظائف المعرفية التي تتضمن كلاً من الذاكرة واللغة والتوجه والمحاكمة والعلاقات الاجتماعية وتنفيذ الأفعال وحل المشكلات.

صنفت هذه الاضطرابات قبل نحو قرن من الزمن تحت عنوان الاضطرابات النفسية العضوية أو الاضطرابات الدماغية العضوية؛ لأنها تنجم عن حالات مرضية يمكن كشفها مثل أورام الدماغ أو التسمم أو غيرها، في حين أطلق على الاضطرابات الدماغية التي لم يتوافر لها تفسير عضوي في الماضي كالاكتئاب اسم الاضطرابات الوظيفية، وقد عُدل عن هذه التصنيفات القديمة بعدما بينت الدراسات أن لكل اضطراب نفسي مركّباً عضوياً، وأن استخدام مصطلح (وظيفي) بمعنى (غير عضوي) قد يكون مضللاً، وأنه لا بد دائماً من تأكيد أثر خلل الوظائف الدماغية، والبنى الجسدية التي تشكل مراكز العواطف والعمليات العقلية، في حدوث الاضطرابات النفسية.

التصنيف:

لكل من الاضطرابات المعرفية الأساسية الثلاثة (الخرف والهذيان والنساوة) تصنيفات فرعية تعتمد على السببيات المرضية، وسيُناقش كل منها حين الحديث عن الاضطراب بعينه.

التقييم السريري

يسعى الطبيب حين الاستماع إلى القصة المرضية إلى الحصول على صورة واضحة عن تطور المرض؛ إذ يجب تقصي الاضطرابات المعرفية الخفية وتقلب الأعراض وسير المرض، وينبغي على الطبيب استخراج تصور كامل لتبدلات البرنامج اليومي للمريض كاهتمامه بنظافته وبعمله وبهواياته ومقدرته على القيام بالمهام اليومية كالتسوق وتحضير الطعام وغيرها، ومن المهم أيضاً أن يركز الطبيب على الشكوى الرئيسة وفق ما يراه المريض أو المريضة لربطها بالوضع الطبي الذي أدى إلى ظهورها.

فحص الحالة العقلية:

بعد أخذ قصة مرضية كاملة؛ تُقيّم الحالة العقلية بهدف فحص أداء المريض وقدراته وتحديد مواطن الضعف والقوة عنده، وكذلك تأسيس قاعدة للمقارنات المستقبلية الأساسية لتوثيق فعالية المعالجة وللسماح بمقارنة مرضى مختلفين. ويجب على الطبيب حين اختبار الأداء المعرفي أن يُقيّم الذاكرة والقدرات البصرية الفراغية وقدرات القراءة والكتابة والرياضيات والمقدرة على التجريد.

تخطيط الدماغ الكهربائي:

تخطيط الدماغ الكهربائي اختبار سهل وغير غاز لتقييم فعالية الدماغ وله حساسية عالية لكثير من الاضطرابات؛ لكن نوعيته منخفضة نسبياً. وإضافةً إلى استخدامه الفعال في الصرع؛ فإن له أهمية كبيرة في كشف تغيرات النظم الكهربائي المرافقة للهذيان الخفيف والآفات الدماغية الشاغلة لحيز، والنوب الجزئية المعقدة المستمرة، كما أنه حساس للحالات السمية والاستقلابية.

التصوير بالرنين المغنطيسي والتصوير المقطعي المحوسب:

أثبت كل من التصوير المقطعي المحوسب والتصوير بالرنين المغنطيسي أنهما يشكلان أدوات استقصاء مفيدة في الأمراض النفسية العصبية؛ إذ تسمح أجهزة الرنين الحديثة بإجراء قياسات مباشرة للبنى الدماغية كالحصين واللوزة وغيرها، وقد حل الرنين محل التصوير المقطعي المحوسب على نحو كبير عند الاستقصاء العصبي النفسي بوصفه طريقة أكثر فائدة وأفضل مردوداً.

أولاً- الخَرَف:

يُعَرَّفُ الخرف بأنه اختلال مُتَقَدِّم في الأداءِ المعرفيِّ لا يرافقه اضطراب الوعي؛ إذ يبقى المريض واعياً، ولكن يظهر عليه عدد من الأعراض التي تشير إلى خلل في الأداء مزمن ومنتشر. ويُعدّ الخللُ العامُّ في الذكاء الملمحَ الأساسي، ويتظاهر بصعوبات في الذاكرة والانتباه والتفكير والإدراك، وغالباً ما يتأثر أيضاً المزاج والشخصية والمحاكمة والسلوك الاجتماعي. ومع وجود معايير تشخيصية نوعية لأنماط خرف متعددة، كداء ألزهايمر والخرف وعائي المنشأ؛ فإنَّ كلَّ أنماط الخرف تشترك بعوامل شائعة محددة تؤدي إلى تراجع مميز في الأداءِ الاجتماعي أو الوظيفي إضافةً إلى تراجع ملحوظ عن مستوى سابق للأداء، وتشكل هذه العوامل المشتركة متلازمةً يُعدُّ تَعرُّفها سريرياً أمراً حاسماً في تشخيص الخرف، وقد تكون هذه المتلازمة مترقية أو ثابتة،

دائمة أو عكوسة. ومع أن تحديد سبب محدد قد يكون مستحيلاً؛ فإنه يجب دائماً عدم الاكتفاء بتشخيص الخرف بصفته متلازمة، بل افتراض وجود سببٍ كامنٍ للمرض وتقصيه؛ إذ يعاني قُرابة ١٥٪ من المصابين بالخرف حالات عكوسة إذا طُبِّقت المعالجة قبل حدوث أضرار دائمة، وتعود عكوسية بعض حالات الخرف إلى السببيات المرضية الكامنة وإلى توافر العلاج الفعال وتطبيقه في الوقت المناسب.

الوبائيات:

يتزايد معدلُ انتشار الخرف مع التقدم بالعمر؛ إذ يبلغ معدل انتشاره نحو ٥٪ تقريباً في الأعمار التي تزيد على ٦٥ سنة و٢٠-٤٠٪ في الأعمار فوق ٨٥ سنة، ويبلغ انتشار الخرف نحو ١٥-٢٠٪ في العيادات الخارجية العامة للمسنين و٥٠٪

الجدول (١) الأسباب المرضية المحتملة للخرف	
١- الخرف التنكسي	- داء الزهايمر. - الخرف الصدغي الجبهي(داء بيك). - داء باركنسون. - خرف جسم ليوي.
٢- منوعات	- داء هنتنغتون. - داء ويلسون. - حثل الكريات البيض متعدد الصباغ.
٣- أسباب نفسية	- الخرف الكاذب في الاكتئاب. - التراجع المعرفي في الفصام.
٤- أسباب دماغية	- استسقاء الدماغ طبيعي الضغط. - أورام الدماغ الأولية والانتقالية.
٥- أسباب استقلابية	- عوز الفيتامين ب١٢. - أمراض الغدد الصم. - الاضطرابات الاستقلابية المزمنة.
٦- الرضوض	- الخرف بعد الرض. - الورم الدموي تحت الجافية.
٧- أمراض معدية	- أمراض البريون prion، مثل داء كروتزفيلد جاكوب. - متلازمة عوز المناعة المكتسب. - الزهري.
٨- أسباب قلبية وعائية	- احتشاء الدماغ. - داء بينسفانغر (اعتلال الدماغ بالتصلب الشرياني تحت القشر). - قصور الديناميكيات الدموية (فرط التهوية أو نقص الأكسجة).
٩- أمراض نزع الميلانين demyelination	- التصلب المتعدد.
١٠- الأدوية والسموم	- الكحول. - المعادن الثقيلة. - الإشعاع. - الخرف الكاذب الناجم عن الأدوية (مثل مضادات الكولين). - أول أكسيد الكربون.

في دور رعاية المسنين. والخرف من نمط ألزهايمر هو النمط الأكثر شيوعاً؛ إذ يشكل ٥٠-٦٠٪ من مجمل الحالات، ويزداد انتشاره مع تقدم العمر، فيبلغ ٦٪ من الرجال بعمر ٦٥ و٨٪ من النساء بالعمر نفسه، ويصل معدل انتشار الخرف من نمط الزهايمر إلى ٢١٪ في عمر ٩٠ سنة، منها ٤٠-٦٠٪ حالات خفيفة، ويشغل مرضى ألزهايمر أكثر من ٥٠٪ من أسرة دور الرعاية.

أما النمط التالي في الشيوع فهو الخرف وعائي المنشأ الذي يرتبط سببياً بالأمراض الدماغية الوعائية، ويبلغ ١٥-٣٠٪ من كل حالات الخرف. ويكثر حدوث هذا النوع في الأشخاص بأعمار ٦٠-٧٠ سنة، وهو يصيب الرجال أكثر من النساء، ويعاني قرابة ١٠-١٥٪ من المرضى ترافق الخرف الوعائي والخرف من نمط ألزهايمر في الوقت نفسه.

وتتضمن الأسباب الشائعة الأخرى للخرف - والتي يشكل كل منها ١-٥٪ من الحالات - رض الرأس، والخرف المرتبط بتعاطي الكحول، وأنماط خرف متنوعة مرتبطة باضطرابات الحركة كداء هنتنغتون وداء باركنسون.

السببيات المرضية:

تتضمن الأسباب الأكثر شيوعاً للإصابة بالخرف عند الأفراد بعمر أكبر من ٦٥ سنة:

١- داء ألزهايمر.

٢- الخرف الوعائي.

٣- ترافق خرف ألزهايمر والخرف الوعائي.

أما الأمراض الأخرى التي تؤلف نحو ١٠٪ من الأسباب؛ فتتضمن خرف أجسام ليوي Lewy body dementia وداء بيك Pick's disease وخرف الفص الجبهي ومَوَه الرأس طبيعي الضغط normal pressure hydrocephalus والخرف الكحولي والخرف المرافق لداء باركنسون والخرف في سياق الأمراض المعدية مثل الزهري وعوز المناعة البشري. وينجم العديد من أنماط الخرف المشخص سريرياً عن أسباب عكوسة مثل الاضطرابات الاستقلابية (مثل قصور الدرقية)، والعوز الغذائي (مثل عوز فيتامين ب ١٢ أو عوز الفولات)، ومتلازمة الخرف الكاذب الناجمة عن الاكتئاب.

وفيما يلي تفصيل أكثر هذه الأشكال أهمية:

١- الخرف من نمط الزهايمر dementia of the Alzheimer's type: وصف لويس الزهايمر عام ١٩٠٧ حالة مرضية أخذت اسمه لاحقاً؛ وهي حالة امرأة عمرها ٥١ سنة مصابة بخرف مترقٍ منذ اربع سنوات ونصف، يتطلب تأكيد

الجدول (٢) المعايير التشخيصية للخرف من نمط الزهايمر بحسب DSM-IV-TR
١- تدهور معرفي يتظاهر بكل من: أ- خلل الذاكرة (خلل القدرة على تعلم معلومات جديدة أو تذكر ما تم تعلمه سابقاً). ب- واحد أو أكثر من الاضطرابات المعرفية التالية: ● حبسة كلامية aphasia ● لا أدائية (أو تعذر الأداء) apraxia ● عسر البلع ● اضطراب الأداء التنفيذي ٢- يسبب هذا التدهور خللاً نوعياً في الأداء المهني أو الاجتماعي وتراجعاً نوعياً عن مستوى أداء سابق. ٣- يتميز السير ببدء تدريجي وبتدهور معرفي مستمر. ٤- لا يمكن عزو هذا التدهور إلى أي مما يلي: أ- حالات عصبية مركزية أخرى تسبب تراجعاً مترقياً في الذاكرة والمعرفة، مثل أمراض الأوعية الدماغية أو داء باركنسون أو داء هنتنغتون أو استسقاء الدماغ طبيعي الضغط أو أورام الدماغ أو الورم الدموي تحت الأم الجافية. ب- حالات جهازية معروف أنها تسبب الخرف، مثل قصور الدرقية، أو عوز فيتامين ب ١٢ أو حمض الفوليك أو النياسين، أو فرط الكلسيوم أو الزهري العصبي أو عدوى فيروس عوز المناعة البشري. ج- الحالات الناجمة عن تعاطي المواد الفعالة نفسياً. ٥- لا يحدث الخلل حصرياً خلال سير الهذيان. ٦- لا يمكن تفسير الاضطراب على نحو أفضل باضطراب آخر، مثل الاكتئاب أو الفصام.

تشخيص داء ألزهايمر فحصاً تشريحياً مرضياً للدماغ، ولكن من المعتاد تشخيص الخرف من نمط ألزهايمر اعتماداً على الموجودات السريرية بعد استبعاد الأسباب الأخرى للخرف.

العوامل الجينية: مع أن سبب خرف ألزهايمر لا يزال مجهولاً؛ فقد حدث تطور في فهم الأساس الجزيئي لحدوث الترسبات النشوانية التي تشكل معلماً رئيساً في السببيات المرضية العصبية للاضطراب. كما يفترض أن العوامل الوراثية تؤثر في تطور الاضطراب في بعض الحالات على الأقل؛ إذ توجد قصة عائلية لخرف ألزهايمر في ٤٠٪ من المرضى بحسب بعض الدراسات، ويدعم التأثير الجيني أيضاً أن توافق معدلات الإصابة لدى التوائم وحيدة البيضة أعلى منها عند التوائم ثنائية البيضة (٤٣٪ مقابل ٨٪). وتبين دراسات جيدة النوعية إمكان انتقال المرض في بعض العائلات بوساطة جين جسدي سائد مع أن هذا الانتقال نادر عادة، ويبدو أن للخرف من نمط ألزهايمر صلة بالصبغيات ١ و٤ و٢١.

الإمراضية العصبية: ظهر في الدراسات بعد الموت أن دماغ المصابين بداء ألزهايمر أخف مما في غير المصابين، ويبين الفحص المجهري الآفات الأكثر بروزاً التي وصفها ألزهايمر، وهي اللُوَيحات plaques خارج الخلوية والتَّشابُكات اللُّيَيْفِيَة العَصَبِيَة neurofibrillary tangles داخل الخلوية. ولم يتحدد حتى الآن أي من هذه الآفات هو المسؤول عن الخلل المعرفي.

تتضمن اللويحات مركزاً نشوانياً محاطاً بحثل dystrophy مملوء ببروتينات تاو Tau proteins مُخَرَّبَة بفرط الفَسْفَرَة hyperphosphorylation. أما التَّشابُكات اللُّيَيفِيَة العَصَبِيَة فتتركب من خيوط حلزونية مزدوجة وخيوط مستقيمة وبنى مماثلة للبنى الموجودة في المادة الحثلية حول اللويحات.

الفرضية الكولينية: تم تحديد توضع التغيرات المرضية في داء ألزهايمر على كلا المستويين البنيوي والوظيفي. تحدث اللويحات والتَّشابُكات أولاً في الحصين hippocampus قبل أن تنتشر إلى المناطق الأخرى. وتكون بعض أجزاء الدماغ مصونة نسبياً؛ إذ لا يصاب الفص القذالي حتى مراحل متأخرة من المرض. ويبدو أن المخيخ لا يصاب بالآفات العصبية. وأظهرت الدراسات براهين قوية على فقد نوعي للعصبونات الكولينية في النواة القاعدية لمينرت basal nucleus of Meynert؛ مما قاد إلى الفرضية الكولينية القائلة بأن الخلل المعرفي في داء ألزهايمر يرجع إلى تأثر العصبونات الكولينية. وكانت هذه الفرضية هي التي قادت إلى تطوير الطرق الدوائية لتصحيح الفقد الكوليني؛ مما أدى بالتالي إلى تقديم المركَّبات الأولى المصممة لداء ألزهايمر خصوصاً.

طليعة البروتين النشواني amyloid precursor protein: يتوضع جين طليعة البروتين النشواني على الذراع الطويلة للصبغي ٢١، ويؤدي تحطم طليعة البروتين النشواني إلى تشكل البروتين A4 وهو المكون الأساسي للويحات الشيخية. وما زالت البحوث لدراسة استقلاب هذا البروتين في الأصحاء وفي المصابين بداء ألزهايمر مستمرةً للإجابة عن هذا السؤال.

الجينات E4 المتعددة: يصاب الناس الذين يمتلكون نسخة واحدة من الجين E4 بداء ألزهايمر أكثر بثلاث مرات ممن لا يوجد لديهم هذا الجين، ويصاب من توجد عنده نسختان من هذا الجين أكثر بثماني مرات. ولا ينصح مع ذلك حالياً تحري هذا الجين؛ لأنه قد يوجد عند أشخاص غير مصابين بالخرف كما لا يوجد عند كل الأشخاص المصابين.

النواقل العصبية: يُعدّ كل من الأستيل كولين والنورأدرينالين الناقلين العصبيين الأكثر تداخلاً في سببيات داء ألزهايمر؛ إذ يفترض انخفاض فعاليتهما في المصابين، وبدت في دراسات عديدة نتائج تتفق مع نظرية حدوث تنكس نوعي في العصبونات الكولينية في النواة القاعدية لمينرت في الأشخاص المصابين بداء ألزهايمر، وهناك دراسات أخرى تظهر نقصاً في تركيز الأستيل كولين والكولين أستيل ترانسفيراز في الدماغ؛ مما يدعم النقص الكوليني في داء ألزهايمر. فالكولين أستيل ترانسفيراز هو الإنزيم الأساسي في تصنيع الأستيل كولين، ويوحي نقصُ هذا الإنزيم نقصَ عدد العصبونات الكولينية الموجودة في الدماغ. أما خلل النورأدرينالين فقد استُنتج من ملاحظة تناقص العصبونات المحتوية على النورأدرينالين في بعض الدراسات على أدمغة الأشخاص المصابين بداء ألزهايمر. ومن النواقل الأخرى التي قد تسهم في حدوث هذا المرض الكورتيكوتروبين والسوماتوستاتين؛ إذ لوحظ نقص هذين الناقلين العصبيين في أشخاص مصابين بداء ألزهايمر.

أسباب أخرى: من النظريات الأخرى التي وضعت لتفسير مرض ألزهايمر نظرية خلل تنظيم عملية التمثيل الغذائي للفوسفولبيد الموجود في أغشية العصبونات؛ مما يؤدي إلى أغشية أكثر صلابة من الحالة الطبيعية. كما قيل بسمية الألمنيوم عاملاً مسبباً للمرض، فقد وجدت مستويات عالية من الألمنيوم في أدمغة بعض المرضى الذين يعانون مرض ألزهايمر، ولكن هذا لا يُعدّ عاملاً مسبباً نوعياً.

٢- الخرف الوعائي vascular dementia: يُعدّ اعتلال الأوعية السبب الثاني للخرف من حيث الانتشار. ولما كانت

المسببات الوعائية للاختلالات المعرفية شائعة وقابلة للوقاية والاستجابة للعلاج؛ فإن للتشخيص الباكر أهمية في هذا المرض. والخرف الوعائي ليس مرضاً، بل هو متلازمة، ويعتقد أن السبب الأساسي فيها اعتلال الأوعية في مناطق متعددة من الدماغ وإصابتها باحتشاءات. وغالباً ما يشيع حدوث الخرف الوعائي في الرجال؛ ولاسيما الذين يعانون وجود عوامل خطورة قلبية وعائية أخرى، ويؤثر الاضطراب أولاً في الأوعية المخية الصغيرة والمتوسطة مسبباً احتشاءات بؤرية متنية (برانشيمية) عديدة تنتشر في مناطق واسعة من الدماغ، وقد تنجم هذه الاحتشاءات عن سد الأوعية بوساطة لويحات تصلبية أو صمات من مناطق بعيدة مثل الدسامات القلبية.

أما الملامح السريرية للخرف الوعائي فتشمل المتلازمة المعرفية والموجودات العصبية؛ تتميز المتلازمة المعرفية بقصور الذاكرة ومتلازمة عسر التنفيذ وبطء معالجة المعلومات وتغيرات في المزاج والشخصية. يكون قصور الذاكرة هنا أخف منه في داء ألزهايمر، أما متلازمة عسر التنفيذ فتنطوي على خلل في رسم الهدف والمبادرة والتخطيط والتنظيم والتتالي والتنفيذ إضافة إلى التجريد. في حين تبقى الشخصية والبصيرة محفوظتين في الحالات الخفيفة والمتوسطة من الخرف الوعائي.

أما الموجودات العصبية فهي آفات بؤرية في الدماغ تظهر باكراً خلال سير المرض، وتتضمن قصوراً حسياً أو حركياً وانخفاضاً في القدرة على التنسيق وعلامة بابنسكي وتضيق الساحة البصرية وعلامات بصلية وعلامات خارج هرمية مع مشية غير ثابتة وسقوط غير محرض.

ومدرسياً يتميز الخرف الوعائي بالبدء المفاجئ نسبياً (خلال أيام أو أسابيع) والتدهور التدريجي (تحسن بسيط بعد التراجع) والسير المتبدل (مختلف بتغير الأيام).

٣- مرض بينزفانغر Binswanger's disease: يعرف أيضاً باعتلال الدماغ تحت القشري بتصلب الشرايين subcortical arteriosclerotic encephalopathy، ويتميز باحتشاءات صغيرة متعددة في المادة البيضاء تؤدي إلى تبدلات في المناطق القشرية، كان هذا الداء يُعدّ سابقاً حالة نادرة، ولكن تطور تقنيات تصوير الدماغ أظهرت أنه أكثر شيوعاً مما كان يعتقد سابقاً.

٤- داء بيك Pick's disease: يتميز داء بيك برجحان انتشار الضمور في المناطق الصدغية الجبهية، حيث تفقد من هذه المناطق العصبونات وخلايا الدبق العصبي، وتتشكل فيها كتل من هياكل الخلايا تدعى أجسام بيك العصبونية التي تشاهد في بعض العينات بعد الوفاة؛ ولكنها غير ضرورية للتشخيص. لا يعرف سبب داء بيك حتى الآن، وهو يشكل قرابة ٥٪ من جميع أشكال الخرف غير العكوس، وهو أكثر شيوعاً في الرجال؛ ولاسيما في أقرباء المصابين به قرابة من الدرجة الأولى. وقد يصعب التمييز بين داء بيك والخرف من نمط ألزهايمر، ولكن المراحل الأولى لداء بيك تتميز بتغيرات في الشخصية والسلوك، مع احتفاظ نسبي بالوظائف المعرفية الأخرى، كما أنه يبدأ قبل بلوغ الخامسة والسبعين من العمر. أما الحالات العائلية فقد تحدث بعمر أقل، وأظهرت بعض الدراسات أن نحو نصف حالات داء بيك هي من النمط العائلي. وتشيع في داء بيك ملامح متلازمة كلوفر بوسي Klüver-Bucy syndrome (فرط النشاط الجنسي، وفرط فموية hyperorality، ولامبالاة) أكثر من شيوعها في داء ألزهايمر.

٥- داء أجسام ليوي Lewy Body disease: يمتاز هذا المرض بوجود أجسام ليوي الاشتمالية في قشرة المخ، وهو خرف مشابه سريرياً لخرف ألزهايمر، وغالباً ما يتميز منه بوجود الهلوسة (تلاحظ الهلاوس البصرية المتكررة في نحو ثلثي المرضى) والعلامات خارج الهرمية التي تشاهد في أقل من نصف المرضى حين حضورهم للفحص، وقد لا توجد أبداً في ربع المرضى. كما تشيع أعراض الاكتئاب الذي يعانيه نحو ٤٠٪ من المرضى، ومن الملاحظ أن المصابين بداء أجسام ليوي يبدون تأثيرات جانبية ملحوظة حين معالجتهم بالأدوية المضادة للذهان.

ومن المهم الإشارة إلى أن سير داء أجسام ليوي سريع نسبياً مقارنة بداء ألزهايمر؛ إذ يتطلب ١-٥ سنوات لدخوله في المراحل النهائية للمرض التي يصبح فيها الخرف عميقاً، وترافقه باركنسونية شديدة.

٦- داء هنتنغتون Huntington's disease: يرافق داء هنتنغتون نموذجياً تطور الخرف، ويكون الخرف المشاهد في هذا المرض من نمط الخرف تحت القشري الذي يتميز من النمط القشري للخرف بزيادة حدوث الاضطرابات الحركية وبقلة حدوث الاضطرابات اللغوية، فيبدي المصاب بالخرف في داء هنتنغتون في المراحل المبكرة والمتوسطة من المرض أعراضاً من البطء الحركي النفسي وصعوبة في تنفيذ المهمات المعقدة، مع بقاء الذاكرة واللغة والبصيرة بقاءً نسبياً، ولكن يصبح الخرف كاملاً بتقدم الحالة مع المحافظة على الملامح التي تفرقه عن داء ألزهايمر؛ وهي ارتفاع حدوث

الاكتئاب والذهان، إضافة إلى اضطراب الحركة الكنعي الرقصي choreoathetoid التقليدي.

٧- داء باركنسون Parkinson disease: الباركنسونية هي مرض يصيب النوى القاعدية في الدماغ، مثلها في ذلك مثل داء هنتنغتون، ويشيع ترافقها والخرف والاكتئاب؛ إذ يعاني نحو ٢٠-٣٠٪ من المصابين بداء باركنسون الخرفَ، إضافة إلى أنه يمكن كشف خلل معرفي تحت سريري في ٣٠-٤٠٪ منهم. ويرافق البطءَ الحركي في داء باركنسون بطءُ التفكير عند بعض المرضى المصابين؛ وهو ما قد يشير إليه الأطباء بمصطلح تبلد الذهن bradyphrenia.

٨- الخرف المرتبط بفيروس عوز المناعة البشري HIV-related dementia: يرافق العدوى بفيروس عوز المناعة خرف يسمى "مُرَكّب الخرف المرتبط بالإيدز" أو "خرف فيروس عوز المناعة البشري"، ويحدث الخرف في المصابين بعوز المناعة بمعدل سنوي يقارب ١٤٪، ويتوازى تطور الخرف في هؤلاء المرضى مع ظهور شذوذات بالتصوير بالرنين المغنطيسي. ويتم التشخيص بتأكيد الإصابة بفيروس عوز المناعة مع استبعاد أي أسباب مرضية أخرى قد تفسر الخلل المعرفي، وتتطلب المعايير التشخيصية لهذا المُرَكّب برهاناً مخبرياً على الإصابة الجهازية بالفيروس، واختلالين على الأقل في المعرفة، ووجود شذوذات حركية أو تغيرات في الشخصية.

تتضمن الأعراض المعرفية الباكرة النسيان وفقدان التركيز والبطء العقلي والانخفاض في أداء المهمات المتسلسلة المعقدة. أما الأعراض السلوكية الأولية فتتضمن الفتور ونقص المبادرة والاستجابة العاطفية والانسحاب من المجتمع؛ إضافة إلى الأعراض الحركية الباكرة، وهي فقدان التوازن والتوافق وصعوبة المشي ونقص دقة حركات اليد.

غالباً ما تتطور الحالة سريعاً وصولاً إلى التدهور الشديد والموت؛ ولاسيما في المرضى المصابين باضطرابات جسدية عميقة.

٩- الخرف المرتبط برضح الرأس head trauma-related dementia: قد يكون الخرف أحد عواقب رض الرأس؛ ولاسيما المتكرر؛ إذ تحدث متلازمة خرف الملاكم punch-drunk syndrome (أو خَرَف ارتِجاجِ الدِّماغ dementia pugilistica) في الملاكمين المعرضين لتكرر رض الرأس لسنوات عديدة، وتتميز هذه المتلازمة بالتقلقل العاطفي والرنح ataxia والسلوك الاندفاعي.

التشخيص والمعالم السريرية:

يعتمد تشخيص الخرف على الفحص السريري بما يتضمنه من فحص الحالة العقلية والنفسية، ومعلومات من أهل المريض وأصدقائه وزملائه. ويجب وضع تشخيص الخرف بالحسبان في كل شخص يبدو عليه تغير في الشخصية بعد عمر الأربعين عاماً؛ إذ ينبغي على الأطباء الانتباه لما قد يبديه المرضى من خلل فكري ونسيان، إضافةً إلى البراهين على محاولة المرضى إخفاء العجز المعرفي من خلال الإنكار أو المراوغة أو التسويغ. وقد تشاهد علامات مميزة في مظهر المريض وسلوكه مثل الانسحاب الاجتماعي أو فرط الترتيب والتنظيم المفرط أو الميل إلى الدقة الشديدة في ربط الأحداث؛ إضافة إلى نوب مفاجئة من الغضب أو السخرية أحياناً، أو تغير المزاج، أو الكلام غير المناسب اجتماعياً، أو النكات السخيفة أو تعبيرات اللامبالاة أو البلادة؛ مما يوحي وجود الخرف؛ ولاسيما إذا ترافقت مع اضطراب الذاكرة.

يُعدَ خلل الذاكرة معلماً باكراً ومستمراً في الخرف؛ ولاسيما في أنماط الخرف القشرية كداء ألزهايمر، ويكون خلل الذاكرة خفيفاً ومركزاً على الحوادث الجديدة في المراحل المبكرة، فينسى الأشخاص الذين قابلهم خلال اليوم وأحداث اليوم نفسه، ويصبح خلل الذاكرة شديداً مع تقدم سير المرض، فلا تبقى إلا المعلومات الراسخة التي تعلمها الشخص أولاً مثل مكان ولادته. ولما كانت الذاكرة مهمة في التوجه للأشخاص والزمان والمكان؛ فإن التوجه قد يتأثر لاحقاً خلال سير الخرف، فينسى المرضى مثلاً كيفية العودة إلى غرفهم بعد الذهاب إلى الحمام؛ ولكن دون اضطراب مستوى الوعي. وقد تؤثر الإصابات القشرية في الخرف في القدرات اللغوية للمرضى، فيصاب المريض بالحبسة اللفظية مثلاً.

التغيرات العصبية والنفسية:

١- الاختلال المعرفي: يُعدَ الخرف تراجعاً معرفياً مكتسباً ومترقياً في وظائف متعددة، ويتظاهر التراجع المعرفي بالنساوة والحبسة والعمه وتعذر الأداء.

● **النساوة amnesia**: تحدث النساوة في داء ألزهايمر باكراً، وهي غير عكوسة، وتفقد الذكريات الحديثة قبل الذكريات البعيدة، ويوحي التناقض في فقد الذكريات الحديثة والبعيدة أن المشكلة الأولية تكمن في اكتساب الذكريات أو استرجاعها أكثر منها في تخرب الذاكرة، وهذا ثابت في المراحل المبكرة من داء ألزهايمر، ولكن مع تقدم المرض تختل كل عمليات الذاكرة.

● **الحبسة**: تُكشف المشكلاتُ اللغويةُ عند الكثير من مرضى

داء ألزهايمر منذ الفحص الأول، وقد يتطلب كشفها أحياناً فحصاً تفصيلياً ودقيقاً، وتتكون الظواهر المبكرة للمشكلات اللغوية من صعوبة إيجاد الكلمات والإطناب ومظاهر أخرى كالتكرار واستخدام كلمات بديلة.

● **العمه agnosia:** قد يعاني المصابون بداء ألزهايمر صعوبات في تمييز الأشياء وتسميتها، ومن أنواع العمه النوعية لداء ألزهايمر فقدان القدرة على تمييز الشخص لوجهه بالمرآة، فيعتقد أنه يرى شخصاً آخر، ويأخذ بمحادثته.

● **تعذر الأداء (اللاأدائية) apraxia:** تصبح صعوبة تنفيذ المهمات المعقدة دون خلل حركي واضحةً في المراحل المتوسطة من المرض، فتلاحظ أولاً صعوبات في ارتداء الملابس وفي العمل في المطبخ، يتبعها اختفاء القدرة على القيام بالعديد من المهمات الأكثر صعوبة؛ ويضع المرضى عادة خططاً لتجنب القيام بتلك المهمات، ويظهر تعذر الأداء فقط حين تختفي تماماً القدرة على استخدام هذه الخطط.

● **اختلالات معرفية أخرى:** لا تتم في داء ألزهايمر المحافظة على سلامة أي من الوظائف المعرفية، فيشيع حدوث صعوبة إدراك أبعاد البيئة المحيطة في المراحل المتوسطة من الاضطراب؛ مما قد يؤدي إلى توهان طبغرافي وتجول وضياع، كما تبرز الصعوبات في كل من العمليات الحسابية والانتباه والتخطيط.

٢- **الاختلال الوظيفي:** مع أن التراجع المعرفي في داء ألزهايمر يُعدّ العرض المهم للمرض؛ فإن التدهور الوظيفي هو الذي له التأثير الأكبر في حياة المصابين أنفسهم، ويستدعي الجزء الأكبر من الرعاية التي يحتاج إليها المريض. وعلى نحو عام فإن القدرات الوظيفية تتراجع بالترافق مع القدرات المعرفية.

تقسم نشاطات الحياة اليومية إلى نشاطات تتعلق بالاهتمام بالذات ونشاطات تتعلق باستخدام الأدوات، والأخيرة هي التي تتأثر أولاً في داء ألزهايمر.

الأعراض النفسية العصبية:

١- **المزاج:** العلاقة بين داء الزهايمر والاكتئاب علاقة معقدة؛ إذ يُعدّ الاكتئاب عامل خطورة لداء ألزهايمر، ويمكن الخلط بين الاكتئاب والخرف (الخرف الكاذب)؛ إذ يحدث الاكتئاب كجزء من الخرف إضافة إلى وجود الخلل المعرفي في اضطرابات الاكتئاب. ويُوجَّه الاهتمام في هذا القسم إلى حدوث الاكتئاب كعرض من أعراض الخرف. يصعب تقييم المزاج عند شخص مصاب بالخرف؛ إلا أنه يمكن تمييز الاكتئاب بوجود البطء النفسي الحركي والفتور والبكاء وضعف الشهية واضطراب النوم والتعبير عن عدم السعادة، ويعتقد عموماً أن حدوث الاكتئاب أكثر شيوعاً في المراحل الباكرة من داء ألزهايمر منه في المراحل المتأخرة. ولا يعرف السبب الكامن خلف اضطرابات المزاج في المصابين بداء ألزهايمر، بيد أن النقص الكوليني في داء ألزهايمر يرافقه عادة تناقص في السيروتونين والنورأدرينالين.

٢- **الذهان:** قد تحدث في سياق الخرف أعراض ذهانية، أكثرها شيوعاً الضُّلالات الزورانية، وتحدث الهلوسة على نحو أقل؛ وخاصة منها الهلوسة البصرية. وكما في الاكتئاب تؤدي صعوبة كشف الذهان في المراحل المتوسطة والشديدة من المرض إلى اختلاف واسع في معدلات الحدوث من دراسة إلى أخرى.

٣- **الشخصية:** التغيرات في الشخصية مكون ثابت تقريباً في داء ألزهايمر، ويصف أفراد العائلة هذا التغير بأن الشخص الذي عرفوه سابقاً قد ذهب. ويتميز التغير في الشخصية بتغير في الإدراك وفي الاستجابة للعوامل البيئية؛ إذ قد يصبح الأشخاص أكثر قلقاً أو خوفاً؛ مع تسطح في الوجدان وعدم التفاعل في المواقف التي تتطلب التحدي، وقد تحدث الاستجابة الكارثية، وهي تفاعل عاطفي عنيف وقصير الأمد يحدث حين يواجه المريض بموقف صعب لا يستطيع تجنبه.

٤- **تظاهرات سلوكية أخرى:** تحولت المضاعفات السلوكية لداء ألزهايمر إلى هدف علاجي، وتتضمن هذه المضاعفات مجالاً واسعاً من السلوكيات يشتمل على التجول، وتغير عادات الأكل، وتبدلات نظام النوم، وعدم استمساك المصرات، وترتبط هذه السلوكيات كثيراً بشدة المرض، وتحدث في معظم المصابين بداء ألزهايمر.

٥- **التفاعل الكارثي catastrophic reaction:** يبدو في المصابين بالخرف تناقص القدرة على تطبيق ما سماه "كرت غولدشتاين" بالموقف المجرد abstract attitude؛ فيعاني المرضى صعوبات في التعميم بعد حادث مفرد، وفي تشكيل المفاهيم وفي إدراك أوجه التشابه والاختلاف بين المفاهيم. علاوة على ذلك؛ تختل لديهم القدرة على حل المشكلات المنطقية وإصدار الأحكام السليمة. ويحدث التفاعل الكارثي عقب إدراك المريض الخلل الفكري الشخصي تحت ظروف ضاغطة، ويحاول التعويض عن الخلل باستخدام آليات لتجنب ظهور الفشل في الأداء الفكري؛ فقد يقوم بتغيير الموضوع أو

بإطلاق النكات أو تغيير اتجاه المقابلة، ويظهر عليه الغضب والهياج، كما يشيع حدوث ضعف السيطرة على الدافع والحكم الناقص؛ ولاسيما في الخرف الذي يصيب الفص الجبهي. ومن الأمثلة على هذه الاضطرابات خشونة اللغة والنكات غير المناسبة وإهمال المظهر الشخصي والنظافة وتجاهل قواعد السلوك الاجتماعي.

٦- **متلازمة غروب الشمس sundown syndrome**: تتميز هذه المتلازمة بالنعاس والتخليط والرنح والسقوط المفاجئ، وتحدث في المرضى المسنين الخاضعين لتركين شديد وفي المصابين بالخرف الذين يبدون رد فعل معاكس عند إعطائهم جرعات قليلة من الأدوية المنشطة نفسياً، كما تحدث في المصابين بالخرف مع زوال منبه خارجي كالضوء الذي يعمل كدليل للتوجه.

التشخيص:

تقسم حالات الخرف عموماً إلى خرف قشري وخرف تحت قشري. تتركز الإصابة في الخرف القشري cortical dementia في قشرة الدماغ كما في داء ألزهايمر وداء بيك ومرض بينزفانغر وداء كروتزفيلد جاكوب. أما في الخرف تحت القشري subcortical dementia فتتركز الإصابة في بنى تقع تحت قشرة الدماغ كما في داء باركنسون وداء هنتنغتون ومُرَكّب الخرف المرتبط بالإيدز. تتأثر الذاكرة ووظائف اللغة باكراً في الخرف القشري، ويتأخر تأثرها في الخرف تحت القشري حيث تطغى أولاً مظاهر بطء التفكير وتغير الشخصية كما هو مبين في الجدول (٣):

	الخرف تحت القشري	الخرف القشري
اللغة	لا يوجد حبسة (فقد التسمية في المرض الشديد)	حبسة مبكرة
الذاكرة	خلل التذكر (الاسترجاع) أشد من خلل الحفظ (الترميز)	خلل مبكر في التذكر والحفظ
الانتباه والتذكر الفوري	مضطرب	مضطرب
المهارات البصرية الفراغية	مضطربة	مضطربة
العمليات الحسابية	سليمة حتى وقت متأخر	تختل باكراً
الوظائف الجبهية (الأداء التنفيذي)	تتأثر على نحو غير متكافئ	تتوافق درجة الخلل مع درجة الإصابة
سرعة العمليات المعرفية	تتباطأ مبكراً	طبيعية حتى مراحل متأخرة
الشخصية	لامبالاة وخمول	غير مهتم
المزاج	مكتئب	سوي
الكلام	رتة	واضح حتى مراحل متأخرة
الحركات العارضة	رقص، عرات رعشية، خلل التوتر	غائبة
التجريد	مضطرب	مضطرب

الجدول (٣)

يشخص داء ألزهايمر حين وجود اعتلال ذاكرة يرافقه واحد على الأقل من أعراض التراجع المعرفي (وهي الحبسة واللاأدائية والعمه وسوء تنفيذ الأعمال)، ويتطلب التشخيص أيضاً وجود تناقص الأداء تناقصاً مستمراً ومترقياً، وخلل في الأداء الوظيفي أو الاجتماعي، مع استبعاد الأسباب الأخرى للخرف. والعمر حين بدء الخرف قد يكون مبكراً (يبدأ بعمر ٦٥ سنة أو أقل) أو متأخراً (يبدأ بعد عمر ٦٥ سنة). يُعدّ داء ألزهايمر الشكل الأكثر انتشاراً من أشكال الخرف، ويشكل ٦٠-٧٠٪ من مجمل الحالات.

يشخص الخرف الوعائي حين تحقق المعايير التشخيصية للخرف من نمط ألزهايمر نفسها إضافةً إلى توافر براهين مخبرية أو سريرية على السبب الوعائي للمرض. ويشخص الخرف بسبب حالات طبية عامة أخرى حين وجود براهين تشخيصية لواحد من ستة مسببات محددة للخرف؛ هي مرض عوز المناعة البشري ورض الرأس وداء باركنسون وداء هنتنغتون وداء بيك وداء كروتزفيلد جاكوب. أما الخرف الدائم الناجم عن تعاطي المواد الفعالة نفسياً؛ فيشخص بوجود قصة تعاطي الكحول أو المواد المستنشقة أو المهدئات والمنومات. يجب أن توجد المعايير التشخيصية للخرف من أجل تشخيص الخرف الدائم الناجم عن الكحول، وذلك مهم للتفريق عن النساوة التي تحدث في سياق متلازمة كورساكوف نتيجة عوز التيامين؛ وعن اضطرابات معرفية أخرى، مثل خلل الانتباه والتركيز، قد تحدث أيضاً في متلازمة فيرنكه- كورساكوف. يضاف إلى هذا أن سوء استخدام الكحول ترافقه عادةً تغيرات مزاجية ونقص شديد في التركيز وأعراض معرفية أخرى غالباً ما تلاحظ في سياق الاكتئاب؛ مما يوجب استبعادها. وتختلف معدلات انتشار الخرف الناجم عن الكحول اختلافاً كبيراً وفقاً لدراسات السكان والمعايير التشخيصية المعتمدة، ولكن يقدر أنه يشكل نحو ٤٪ من مجمل حالات الخرف.

الاستقصاءات المخبرية والشعاعية:

يجب إجراء مسح تشخيصي شامل عند تقييم مريض مصاب بالخرف بهدف الكشف عن مسببات قابلة للعكس وتزويد المريض وعائلته بتشخيص محدد. ويتطلب اتساع مجال مسببات المرض العمل على انتقاء الفحوص المخبرية اعتماداً على موجودات القصة المرضية والفحص الفيزيائي والعقلي للمريض. وقد أتاح التقدم الملحوظ في طرق تصوير الدماغ إمكانية التفريق بين الخرف من نمط ألزهايمر والخرف الوعائي أحياناً، ويؤمل أن تساعد دراسة الاستقلاب الدماغي في أشكال متنوعة من الخرف بالتصوير المقطعي لإصدار فوتون وحيد (SPECT) على التشخيص التفريقي لأسباب الخرف.

لا بد من الفحص الجسدي العام حين تشخيص الخرف فقد يميط اللثام عن مرض جهازي يؤثر في الجملة العصبية المركزية، فاكتشاف ساركوما كابوزي مثلاً يجب أن ينبه الطبيب على احتمال وجود متلازمة عوز المناعة المكتسب. ويجب أن ترجح العلامات العصبية البؤرية - كفرط المنعكسات أو ضعفها على نحو غير متناظر - الشك بمرض وعائي على الشك بمرض تنكسي، ويشير وجود علامات الفص الجبهي والمنعكسات الأولية إلى بلوغ المرض مرحلة متقدمة.

إن تشخيص مرض ألزهايمر هو تشخيص إيجابي يعتمد أساساً على أخذ قصة مرضية جيدة وشاملة مع الانتباه إلى نموذج الأعراض ووقت البدء والتطور.

التشخيص التفريقي:

يكثر ترافق الخرف الوعائي علامات عصبية بؤرية تفيد في تفريقه عن الخرف من نمط ألزهايمر. ويفرق الخرف الوعائي عن النوب الإقفارية العابرة بأنها نوب قصيرة من الخلل العصبي تستمر أقل من ٢٤ ساعة (٥-١٥ دقيقة) تنجم عن انصمامات مجهرية، أو آفات شريانية داخل القحف، تؤدي إلى إقفار دماغي عابر، وتنتهي النوبة من دون تغيرات نوعية في النسيج الدماغي، ويعاني قرابة ثلث المصابين بالنوب الإقفارية العابرة غير المعالجين احتشاء دماغياً لاحقاً؛ ولهذا فإن تمييز هذه الحالات يُعدّ خطة لمنع احتشاء الدماغ.

قد يكون تفريق الهذيان عن الخرف أصعب مما يعتقد، ويعتمد في هذا التفريق على أن الهذيان يتميز بالبدء السريع وبقصر المدة ويتقلب الخلل المعرفي في أثناء النهار ويتفاقم الأعراض ليلاً وبخلل واضح في دورة النوم واليقظة وباضطرابات بارزة في الانتباه والإدراك.

يعاني بعض المرضى المصابين بالاكتئاب خللاً معرفياً يصعب تمييزه من أعراض الخرف، لذلك يطلق عليه أحياناً اسم الخرف الكاذب، ويتم تمييزه اعتماداً على انتقائية سوء الأداء المعرفي ووجود أعراض اكتئابية واضحة وبصيرة أفضل مما يشاهد في المصابين بالخرف، وغالباً بوجود سوابق مرضية للإصابة بالاكتئاب.

قد يقوم الأشخاص في الاضطراب المفتعل بتقليد فقدان الذاكرة بطريقة مشوشة وغير متناسقة مع ما هو معروف في الخرف الحقيقي؛ إذ تفقد في الخرف الذاكرة للوقت

الجدول (٤) المظاهر السريرية الكبيرة التي تميز الخرف من الخرف الكاذب	
الخرف الكاذب	**الخرف**
السير السريري والتاريخ	
- تكون العائلة دوماً منتبهة لسوء الأداء وشدته. - يمكن وصف تاريخ البدء ببعض الدقة. - يطلب العون الطبي بعد وقت قصير من بدء الأعراض. - تترقى الأعراض بسرعة. - توجد عادةً سوابق مرضية نفسية.	- تكون العائلة غالباً غير مدركة لسوء الأداء وشدته. - يمكن تحديد تاريخ البدء على نحو مبهم. - يطلب العون الطبي بعد وقت طويل من بدء الأعراض. - تترقى الأعراض ببطء. - لا توجد عادةً سوابق مرضية نفسية.
الشكايات والسلوك السريري	
- كثيراً ما يشكو المرضى خللاً معرفياً. - تكون شكايات المرضى الخلل المعرفي مفصلة. - يؤكد المرضى العجز. - يؤكد المرضى الفشل. - يبدي المرضى جهداً قليلاً لأداء حتى المهمات البسيطة. - يعطي المرضى شعوراً قوياً بالإحباط. - غالباً ما يكون تغير الوجدان شاملاً. - غالباً ما يكون نقص المهارات الاجتماعية مبكراً ودائماً. - لا يتوافق السلوك عادة مع شدة الخلل المعرفي. - تفاقم المرض ليلاً غير شائع.	- قليلاً ما يشكو المرضى خللاً معرفياً. - تكون شكايات المرضى الخلل المعرفي غامضة. - يخفي المرضى العجز. - يبتهج المرضى بالإنجازات مع أنها بديهية. - يعتمد المرضى على الملاحظات والمفكرات وغيرها. - غالباً ما يبدو المرضى غير مهتمين. - الوجدان ضحل وغير مستقر. - تبقى المهارات الاجتماعية. - يتوافق السلوك عادة مع شدة الخلل المعرفي. - تفاقم المرض ليلاً شائع.
المظاهر السريرية المرتبطة بالذاكرة والمعرفة وسوء الأداء الفكري	
- سلامة الانتباه والتركيز غالباً. - أجوبة من نمط لا أعرف. - في اختبارات التوجه غالباً ما يجيب المرضى: لا أعرف. - يكون الخلل في الذاكرة الحديثة والبعيدة شديداً. - تشيع الفجوات في الذاكرة للأحداث لفترات محددة. - تنوع ملحوظ في الأداء لمهام صعوبتها متماثلة.	- خلل في الانتباه والتركيز. - أجوبة تقريبية متكررة. - في اختبارات التوجه غالباً ما يخطئ المرضى. - يكون الخلل في الذاكرة الحديثة أكثر منه للبعيدة. - لا تشيع الفجوات في الذاكرة للأحداث لفترات محددة. - أداء فقير متوافق في الأداء لمهام صعوبتها متماثلة.

والمكان قبل الذاكرة للأشخاص، وتفقد كذلك الذاكرة الحديثة قبل الذاكرة القديمة.

ومع أن الفصام قد ترافقه بعض الاضطرابات المعرفية المكتسبة؛ فإن أعراضه تكون أقل شدة بكثير من الأعراض الذهانية واضطراب التفكير الموجود في الخرف.

ليس من الضروري أن ترافق الشيخوخة الطبيعية تراجعاً نوعياً في المعرفة، ولكن قد تحدث مشكلات صغيرة في الذاكرة، ويشار إلى هذا عادة بالنسيان الشيخوخي الحميد أو خلل الذاكرة المرتبط بالعمر، ويتميز من الخرف بأنه ضعيف الشدة، ولا يؤثر نوعياً في السلوك الوظيفي أو الاجتماعي للشخص.

السير والإنذار:

للخرف نموذج سير تقليدي يتلخص بالبدء في الخمسينيات أو الستينيات من عمر المريض، وبالترقي التدريجي على مدى ٥-١٠ سنوات؛ مما يقود في النهاية إلى الموت. يختلف عمر البدء وسرعة التدهور بين الأنماط المختلفة من الخرف وضمن فئات التشخيص الفردية. أما متوسط البقيا لمرضى الخرف فيقدر بنحو ٨ سنوات، ضمن مجال ١-٢٠ سنة، ويرجح أن يكون سير الحالة سريعاً في المصابين بألزهايمر وبدأ المرض فيهم باكراً مع قصة عائلية. منذ وضع تشخيص الخرف؛ يجب أن يخضع المريض لفحوص عصبية وطبية كاملة، وذلك لأن نسبة ١٠-١٥٪ من

جميع المصابين بالخرف لديهم حالات عكوسة؛ إذا بدئ بالمعالجة قبل حدوث الأذى الدماغي الدائم.

يبدأ السير الأكثر شيوعاً للخرف بعدد من العلامات الخفية التي قد تهمل في البداية من قبل المريض والأشخاص المقربين منه. وكثيراً ما يتشابه البدء التدريجي للأعراض في الخرف من نمط الزهايمر والخرف الوعائي والخرف الناجم عن الأمراض داخل القحف أو الأورام الدماغية أو الاضطرابات الاستقلابية. وبالمقابل يبدأ الخرف الناجم عن رض الرأس أو عن السكتة stroke أو عن نقص أكسجة الدماغ أو التهاب الدماغ على نحو مفاجئ. ومع أن الأعراض تكون خفية في المرحلة الأولى من الخرف؛ فإنها سرعان ما تصبح واضحة مع تقدم المرض مما يدفع العائلة بعد ذلك للإتيان بالمريض إلى الطبيب. قد يكون المصابون بالخرف حساسين للبنزوديازيبينات أو الكحول، التي قد تثير عندهم سلوكاً عدوانياً أو هياجاً أو ذهاناً. أما في المراحل النهائية من الخرف؛ فإن المرضى يصبحون كالصدفة الخالية من محتواها السابق، فيبدون توهاناً عميقاً وعدم تناسق ونساوة وعدم استمساك البول والبراز.

المحددات النفسية الاجتماعية

قد يتأثر سير الخرف وشدته بالعوامل النفسية الاجتماعية، فكلما كان الشخص أكثر ذكاء وتعلماً قبل المرض؛ زادت قدرته على التعويض عن الاعتلال الفكري، ويستخدم الأشخاص الذين يبدأ المرض عندهم فجأة دفاعات أقل من الذين يكون البدء لديهم مخاتلاً، وقد يرفع القلق والاكتئاب من حدة الأعراض. يحدث الخرف الكاذب في الأشخاص المصابين بالاكتئاب الذين يشتكون خلل الذاكرة؛ لكنهم - في الواقع - يعانون الاضطراب الاكتئابي، ويزول الخلل المعرفي عند علاج الاكتئاب.

معالجة الخرف:

الخطوة الأولى في علاج الخرف هي التحقق من التشخيص، والتشخيص الدقيق ضروري؛ إذ من الممكن وقف المرض أو حتى تحسين الحالة إذا قدم العلاج المناسب لبعض الحالات، كما تكون التدابير الوقائية ضرورية في الخرف الوعائي خاصة، ويتضمن هذا تغيير الغذاء والرياضة وضبط السكري وارتفاع ضغط الدم، كما يتضمن عوامل دوائية مثل خافضات ضغط الدم ومضادات التخثر ومضادات تجمع الصفيحات، ويجب عند علاج ارتفاع ضغط الدم استهداف النهاية العليا للمجال الطبيعي؛ إذ ثبت أن ذلك يحسن الوظيفة الإدراكية في المصابين بالخرف الوعائي. كما ثبت من ناحية أخرى أن ضغط الدم الذي يكون تحت المعدل الطبيعي يؤدي إلى المزيد من الضرر في الوظيفة الإدراكية في المصابين بالخرف. ويكون اختيار مضادات ارتفاع الضغط نوعياً؛ إذ إن مناهضات المستقبلات الأدرينالية ترافقها زيادة الخلل المعرفي، أما مثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين والمدرات؛ فلم ترتبط بزيادة الخلل المعرفي، وهي تخفض ضغط الدم دون التأثير في تدفق الدم الدماغي الذي يفترض ارتباطه بالوظيفة المعرفية. قد يمنع استئصال اللويحات السباتيه الأحداث الوعائية اللاحقة في المرضى الذين يتم اختيارهم بعناية. وخلاصة القول أن المقاربة العلاجية العامة للمصابين بالخرف هي تزويدهم بالرعاية الطبية الداعمة، والدعم العاطفي للمرضى وأسرهم، والعلاج الدوائي للأعراض المحددة؛ بما في ذلك السلوك المضطرب.

المعالجات النفسية الاجتماعية: لتدهور القدرات العقلية والنفسية تأثير كبير في المصابين بالخرف؛ إذ تزول الذاكرة الحديثة قبل الذاكرة البعيدة في معظم الحالات، ويشعر العديد من المرضى بالإحباط وهم يتذكرون بوضوح كيف كان أداؤهم في حين يراقبون التدهور الواضح لديهم. فالذات (الهوية) هي ناتج للعمل الدماغي، وتبدأ هويات المرضى بالتلاشي مع تقدم المرض، وتقل قدرتهم على تذكر الماضي، وينجم عن إدراك المرضى بتلاشي إحساسهم بذواتهم ردود فعل عاطفية تراوح من الاكتئاب إلى القلق الشديد إلى الرعب الكارثي.

يستفيد المرضى من المعالجة النفسية التثقيفية التي يطلعون من خلالها على طبيعة مرضهم وسيره بوضوح. كما يمكن مساعدتهم على تقبل مدى عجزهم وتضخيم إظهارهم للآراء السليمة عن طريق تحديد الفعاليات التي يحتمل نجاحهم فيها. يساعد الأطباء المرضى على تجاوز مشاكل التوجه من خلال إرشادهم إلى استخدام المفكرات، ووضع جدول للمساعدة على تنظيم النشاطات، وتدوين ملاحظاتهم حول مشكلات الذاكرة.

تؤلف التداخلات النفسية الديناميكية مع أفراد أسرة المرضى عوناً كبيراً لهم؛ إذ يمر الأشخاص الذين يقومون على رعاية المصابين بالخرف بصراع مع مشاعر الذنب والحزن والغضب والإرهاق وهم يراقبون التدهور التدريجي لفرد من العائلة. يضاف إلى ذلك ما تنطوي عليه إحدى المشكلات الشائعة عند أسر المرضى من التضحية بالذات في سبيل رعاية المريض، لذا كان على الأطباء مساعدة مقدمي الرعاية بأن يشرحوا لهم مركّب المشاعر التي تخالج الإنسان حين

رؤية التراجع لدى شخص محبوب، كما أن عليهم من الجهة الأخرى منحهم الفرصة للتعبير عن هذه المشاعر.

المعالجة الدوائية: يوصف البنزوديازيبينات للأرق والقلق، ومضادات الاكتئاب للاكتئاب، ومضادات الذهان للأهلاسات والضُلالات delusions، ولكن يجب الانتباه إلى التأثيرات التحسسية الذاتية المحتملة لهذه الأدوية في المرضى المسنين (كالهياج التناقضي paradoxical agitation، والتخليط، والتركين الزائد). وعلى العموم يجب تجنب الأدوية مرتفعة التأثير المضاد للكولين.

تستخدم مثبطات كوليناستيراز مثل دونبيزيل donepezil وريفاستيغمين rivastigmine وغالانتامين galantamine وتاكرين tacrine لعلاج الخلل الضعيف والمتوسط في داء ألزهايمر، وهي تخفض من تعطيل عمل الأستيل كولين، ولهذا فإنها تنشط النقل العصبي الكوليني محدثةً بذلك تحسناً معتدلاً في الذاكرة والتفكير المتوجه للهدف. ويحمي الميمانتين memantine العصبونات من فرط كمية الغلوتامات التي يحتمل أن تكون سامة عصبياً، فيوصف أحياناً مع دونبيزيل بهدف تحسين أعراض الخرف.

مقاربات علاجية أخرى: اختبرت أدوية أخرى لتحسين الفعالية المعرفية تضمنت محسنات الاستقلاب الدماغي، ومثبطات قنوات الكلسيوم والعوامل السروتونينية، وأظهرت بعض الدراسات أن السيلجيلين selegiline قد يبطئ تقدم الخرف، وابدت بعض التقارير أن مستخدمي مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية أقل عرضة لتطور داء الزهايمر، في حين لم تظهر للفيتامين E أي قيمة في الوقاية من المرض.

ثانياً- الهذيان:

لمصطلح الهذيان تاريخ طويل جداً، وقد استخدم بمعانٍ مختلفة عامية وطبية؛ فهو يعني في الطب النفسي الحديث متلازمة سريرية تتضمن تراجعاً في مستوى الوعي واختلالاً معرفياً وشذوذاً في الإدراك يتضمن كلاً من الأهلاسات والضُلالات، إضافة إلى اضطراب في السلوك بشكل هياج نمطي. يظهر الهذيان خلال فترة زمنية صغيرة تراوح بين ساعات وأيام، وتتبدل شدة المرض على نحو وصفي، فتكون أسوأ خلال الليل حين تؤدي الظلمة إلى ارتفاع احتمال حدوث أسواء التفسير البصرية؛ مما يؤدي إلى زيادة شدة الاضطرابات السلوكية.

الهذيان في التاريخ:

استخدم مصطلح الهذيان حتى القرن التاسع عشر للإشارة إلى اضطراب في التفكير، وظهر لاحقاً أنه كان يستخدم بأكثر من معنى، وقد تغير مفهوم الهذيان في الدليل الإحصائي والتصنيفي بنسخته الثالثة DSM III حيث استخدم الهذيان للإشارة إلى جميع أنماط اضطراب الوعي الحاد المصحوب باختلال عام في المعرفة، سواء أكان المريض مفرط الفعالية ومضطرباً أم لا، وهذا وفق الوضع السريري؛ إذ قد يكون المريض مضطرباً ومصاباً بالهلوسة في لحظة فيصبح مثبطاً ومصاباً بالنعاس خلال اللحظة التالية مباشرة. وقد وجد هذا التغيير قبولاً عاماً، فمصطلح الهذيان يستخدم الآن بهذا المجال الواسع في كل من الدليل الإحصائي والتشخيصي بنسخته الرابعة والتصنيف الدولي للأمراض بنسخته العاشرة.

الوبائيات:

الهذيان اضطراب شائع نسبياً يصيب ٤,٠٪ من الأشخاص بعمر ١٨ سنة أو أكبر، و١,١٪ من الأشخاص بعمر ٥٥ سنة أو أكبر، ويصاب به قرابة ١٠-٣٠٪ من المرضى المقبولين في المستشفيات و٣٠٪ من المقبولين في وحدات العناية المركزة، و٤٠-٥٠٪ من المرضى الذين يتعافون من جراحة كسور الحوض، بيد أن النسبة العليا تشاهد في المرضى بعد جراحة القلب؛ إذ تقول بعض الدراسات: إنها تزيد على ٩٠٪، ويقدر أن ٢٠٪ من المرضى المصابين بحروق و٣٠-٤٠٪ من المصابين بعوز المناعة المكتسب يصابون بنوب من الهذيان عند قبولهم في المستشفيات.

أما المسنون الذين تزيد أعمارهم على ٦٥ سنة والمقبولون في المستشفيات؛ فإن قرابة ٣٠-٤٠٪ منهم يصابون بنوبة من الهذيان، ويبدي ١٠-١٥٪ من المرضى الأكبر سناً هذياناً عند إدخالهم المستشفى، ويصاب بنوب متكررة من الهذيان ٦٠٪ من المقيمين في دور الرعاية الذين تزيد أعمارهم على ٧٥ سنة. ومن العوامل المهيئة للإصابة بالهذيان وجود أذيات دماغية (خرف، ورم، مرض دماغي وعائي) وكثرة الأدوية الموصوفة، وسوابق إصابة بالهذيان، والاعتماد على الكحول، والسكري، والأورام، والعمى، وسوء التغذية، إضافة إلى أن الجنس المذكر يُعدّ عامل خطورة مستقلاً للإصابة بالهذيان.

ويسيء الهذيان إلى إنذار المرض؛ إذ تراوح نسبة الوفيات للمصابين بنوبة هذيان واحدة بين ٢٣-٣٣٪ خلال ثلاثة أشهر من الإصابة، أما خلال سنة فقد تصل النسبة إلى ٥٠٪.

الهذيان في الأطفال: يتعرض الأطفال للهذيان أكثر من البالغين، فقد يحدث الهذيان لديهم مع أي مرض حاد شديد، ومع الحمى الناجمة عن أي مرض معدٍ حاد، وقد يكون المرض

الجدول (٥) وقوع الهذيان وانتشاره في ظروف متعددة		
المجموعة	معدل الانتشار ٪	معدل الوقوع ٪
مرضى المستشفيات على نحو عام	١٠-٣٠	٣-١٦
مرضى المستشفيات المصابون بمرض سريري	٥-١٥	١٠-٥٥
مرضى المستشفيات الجراحيون على نحو عام	غير معروف	٩-١٥ بعد الجراحة
مرضى الجراحة العظمية	٣٣	١٨-٥٠
مرضى قسم الإسعاف	٧-١٠	غير معروف
مرضى السرطان بمراحله النهائية	٢٣-٢٨	٨٣
المسنون في دور الرعاية	٤٤	٣٣

المسبب عدوى بسيطة في الجهاز التنفسي العلوي أو اضطراباً خطراً كالالتهاب الرئوي.

الهذيان في المسنين: يتعرض المسنون للإصابة بالهذيان أكثر من غيرهم بكثير، فقد يظهر الهذيان لديهم بعد إصابة خفيفة كالإمساك أو التهاب المجاري البولية، ومن العوامل التي تسهم في حدوث الهذيان لديهم تعدد الأدوية الموصوفة والتجفاف والحالات الطبية المزمنة. كما يكون المسنون المصابون بالخرف على نحو خاص أكثر قابلية لحدوث الهذيان، ويغلب أن تكون نوبة الهذيان السبب الأول الذي يستدعي حضور المريض المصاب بالخرف للفحص الطبي.

الهذيان في المستشفى العمومي: قد يرى الهذيان في أي قسم من أقسام المستشفى: إذ يحدث بنسبة ١٥٪ من كل المرضى المقبولين لمرض عام أو للجراحة، وترتفع هذه النسبة عند المسنين، كما يشيع حدوث الهذيان في المصابين بأمراض شديدة وبعد الجراحة وفي العناية المشددة. لذلك ينبغي أن يكون الهذيان جزءاً من التشخيص التفريقي لأي تغير حاد في السلوك أو انخفاض في الوعي.

الهذيان في المرضى النفسيين: من المهم ألا يُغفل عن التظاهرات غير الشائعة للهذيان في المرضى النفسيين؛ ولاسيما المسنين منهم؛ إذ يرتفع معدل انتشار الهذيان في المرضى النفسيين الداخليين كبار السن.

والهذيان الارتعاشي هو أكثر أشكال الهذيان مشاهدة في الطب النفسي عند البالغين، وتتضمن المتلازمة الكاملة للهذيان الارتعاشي أهلاسات وانخداعات وضُلالات واختلالاً واضحاً في الوعي، ورعاشاً وهياجاً وفرط فعالية عصبية مستقلة. كما قد يحدث القلق حتى الرعب، ويكون التشخيص واضحاً من العلامات السريرية ومن وجود سوابق معروفة لمعاقرة الكحول.

والمتلازمة الخبيثة للأدوية المضادة للذهان سبب مهم؛ ولكنه غير شائع للهذيان. كما يلاحظ الهذيان الناجم عن أمراض معدية كفيروس عوز المناعة البشري والسل والزهري.

السببيات:

الأسباب الأساسية للهذيان هي أمراض الجهاز العصبي المركزي (مثل الصرع)، والأمراض الجهازية (مثل فشل القلب)، وكل من التسمم أو الامتناع عن الأدوية، وعلى الطبيب عند تقييم المرضى المصابين بالهذيان افتراض احتمال تدخل أي دواء تناوله المريض في السببيات المرضية.

ومن العوامل المهيئة للإصابة كذلك: ضعف النظر وارتفاع ضغط الدم واستخدام القثطرة المثانية والداء الرئوي الانسدادي المزمن COPD والتدخين وزيادة العمر على ٧٠ سنة واستخدام البنزوديازيبينات وارتفاع نسبة اليورية الدموية.

الملامح السريرية والتشخيص:

١- تغيم الوعي clouding of consciousness: هو المعلم الأساسي الذي يميز الهذيان من معظم الاضطرابات النفسية الأخرى، وهناك استمرارية بين تغيم الوعي الخفيف وفقد الوعي على نحو تام تقريباً؛ إذ يلاحظ تموج في شدة تغيم الوعي مع ميل لسوء الأعراض ليلاً. قد يبدو المريض ناعساً؛ فلا تلاحظ أعراض الهذيان الخفيفة إلا إذا كان

الشخص الذي يقوم بتقييم الحالة على دراية بحالة المريض الطبيعية من الأداء الفكري.

٢- **المظهر والسلوك:** لا يبدو المريض أنه بصحة جيدة، وقد يمتاز سلوكه بالهياج على نحو واضح، أو يكون ناقص الفعالية مع تبدلات بين هاتين الحالتين، أو مع خليط منهما معاً.

٣- **المزاج:** يكون مقلقلاً مع ارتباك وفترات متقطعة من القلق أو الاكتئاب، ومع المرور بفترات عابرة يكون فيها المزاج طبيعياً.

٤- **الكلام:** قد يتمتم المريض، ويكون كلامه غير مترابط.

٥- **المعرفة:** هناك شذوذات في كل مناطق الأداء المعرفي؛ فقد يتأثر كل من تسجيل الذاكرة والاسترجاع والتذكر، وقد

الجدول (٦) الأسباب الشائعة للهذيان	
اضطراب الجهاز العصبي المركزي	النوب الصرعية والشقيقة وإصابات الرأس والورم الدماغي والنزف تحت الجافية والورم الدموي فوق الجافية والخراجات والنزف داخل نصفي الكرة المخية والسكتة والإقفار العابر.
اضطراب استقلابي	اضطرابات الشوارد والسكري ونقص السكر ومقاومة الإنسولين.
مرض جهازي	العدوى (بالفيروسات والطاعون ومرض ليم والزهري والخراجات). والرض والتجفاف وسوء التغذية والحروق والألم غير المسيطر عليه، وضربة الشمس والمرتفعات العالية جداً (أكثر من ٥٠٠٠ متر).
الأدوية	مسكنات الألم ومضادات الالتهاب ومضادات الفيروسات ومضادات الفطور والستيرويدات والأدوية القلبية وخافضات ضغط الدم والعوامل المضادة للكولين ومتلازمة الحالات العصبية الخبيثة ومتلازمة السيروتونين [ر. المعالجات في الطب النفسي].
المستحضرات غير الموصوفة	الأعشاب والشاي، والمواد المغذية.
النباتات	الدفلى وكف الثعلب والشوكران وغيرها.
سبب قلبي	قصور القلب واضطراب النظم واحتشاء العضلة القلبية وجراحة القلب.
سبب رئوي	الداء الرئوي المسد المزمن COPD، ونقص الأكسجة ومتلازمة الإفراز غير الملائم للهرمون المضاد للإدرار.
سبب قلبي	قصور القلب واضطراب النظم واحتشاء العضلة القلبية وجراحة القلب.
سبب غدي	أزمة أدرينالية، أو عوز الأدرينالين، وأمراض الدرقية والدريقات.
سبب دموي	فقر الدم وسرطان الدم واعتلال الدم وزرع الخلية الجذعية.
سبب كلوي	القصور الكلوي ومتلازمة الإفراز غير الملائم للهرمون المضاد للإدرار.
سبب كبدي	التهاب الكبد والتشمع وقصور الكبد.
الأورام	أورام أولية في الدماغ وانتقالات.
تعاطي العقاقير	التسمم أو الامتناع.
السموم	المعادن الثقيلة والألمنيوم.

تتظاهر الحالات الخفيفة ببطء الأداء في المهمات، أو بتشتت الانتباه بعيداً عن المهمة التي يقوم المريض بأدائها.

٦- **الإدراك:** أكثر الحواس تأثراً الإدراك البصري؛ إذ يشيع حدوث الانخداع وسوء التفسير؛ قد يصبح المريض مثلاً هائجاً أو خائفاً معتقداً أن الظل في غرفة مظلمة هو شخص يهاجمه، وتشاهد أيضاً الهلوسة البصرية إضافة إلى الهلوسة السمعية والحسية.

٧- **التوجه:** يتأثر كل من التوجه للأشخاص والزمان والمكان في الحالات الواضحة، أما الحالات الخفيفة فيجب تفسير اضطراب التوجه فيها ضمن الصورة السريرية الكاملة لحالة كل مريض.

٨- **التركيز:** يكون مضطرباً.

٩- **الذاكرة:** قد ترى اضطرابات الذاكرة مع اختلال التسجيل والتذكر قصير الأمد والتذكر طويل الأمد، ويفقد المريض الذاكرة لفترة الهذيان وبعد الشفاء منه في معظم الحالات؛ ولكن ليس فيها كلها.

١٠- **البصيرة:** تضطرب عادة، فلا يفهم المريض سبب طلب التقييم النفسي.

تتضمن المميزات الأساسية للهذيان تغيم الوعي، وتشتت الانتباه الذي قد يتضمن زوال القدرة على التركيز، وخللاً في مناطق أخرى من الفعالية المعرفية التي قد تتظاهر بالتوهان (ولاسيما للوقت والمكان)، وانخفاض القدرة على التذكر. كما يتميز الهذيان بسرعة ظهور المرض (خلال ساعات أو أيام) ويقصر مدة الإصابة به (أيام لأسابيع) وبتبدلات ملحوظة وغير متوقعة في الشدة والتظاهرات السريرية الأخرى خلال النهار؛ إذ يشتد مع غروب الشمس، وتراوح هذه التبدلات بين فترات من الوضاحة وفترات من التوهان والخلل المعرفي الشديد. وغالباً ما توجد مظاهر سريرية مشتركة تتضمن عدم انتظام عمليات التفكير، واضطرابات الإدراك، وخلل دورة النوم واليقظة، وتبدل المزاج، وتظاهرات أخرى لتبدلات الفعالية العصبية. ويُظهر التخطيط الكهربائي للدماغ بطئاً منتشراً في النشاط؛ إلا في المرضى المصابين بالهذيان الناجم عن الامتناع عن الكحول أو المنومات، فيظهر تخطيط الدماغ فيهم نشاطاً سريعاً منخفض الفولتاج.

يعتقد أن الناقل العصبي الأساسي في الهذيان هو الأستيل كولين، والمنطقة العصبية التشريحية الأساسية هي التشكل الشبكي reticular formation الموجود في جذع الدماغ والمسؤول عن تنظيم الانتباه واليقظة. فقد سجلت دراسات مختلفة أن العديد من العوامل المؤدية إلى الهذيان تتسبب في خفض فعالية الأستيل كولين في الدماغ، وأن أحد العوامل الأكثر شيوعاً هو التسمم بالأدوية الموصوفة ذات الفعالية المضادة للأستيل كولين؛ بما فيها العديد من الأدوية المستخدمة في الطب النفسي مثل الأتروبين، وأميتريبتيلين، ودوكسيبين، ونورتريبتيلين.

الفحص السريري والمخبري:

يشخص الهذيان عادة عند سرير المريض، ويتميز ببدء الأعراض المفاجئ، ويمكن استخدام اختبارات الحالة العقلية للمريض مثل فحص الحالة العقلية الوجيز (MMSE) [ر. الفحص والتشخيص في الطب النفسي] لتوثيق الخلل المعرفي ولتوفير خط أساس يقاس عليه السير السريري للمرض، وغالباً ما يشير الفحص الجسدي إلى مؤشرات حول سبب الهذيان، ومما يزيد احتمال التشخيص وجود مرض عضوي معروف أو سوابق رض رأس أو قصة اعتماد على الكحول أو غيره من المواد.

ويتضمن الفحص المخبري للمصاب بالهذيان اختبارات معيارية ودراسات أخرى يفرضها الوضع السريري. ويظهر تخطيط الدماغ الكهربائي في الهذيان بطئاً عاماً مميزاً في الفعالية، وقد يكون مفيداً في تفريق الهذيان عن الاكتئاب أو الذهان، ويظهر هذا التخطيط أحياناً بؤراً من فرط الفعالية، ولكن قد يكون من الصعب في حالات نادرة تفريق الهذيان المرتبط بالصرع عن الهذيان المرتبط بأسباب أخرى.

وتشمل الاستقصاءات المتوالية في حالات الهذيان:

- كيميائيات الدم (الشوارد، ووظائف الكبد والكلية، وسكر الدم).
- تعداداً دموياً كاملاً.
- اختبارات وظائف الدرقية.
- الاختبارات المصلية للزهري.
- اختبار مضاد فيروس عوز المناعة البشري.
- تحليل البول.
- تخطيط القلب الكهربائي.
- تخطيط الدماغ الكهربائي.
- تصوير الصدر الشعاعي.
- مسحاً للأدوية في الدم والبول.

وتجرى حين الحاجة اختبارات أخرى مثل:

- زرع البول أو الدم.
- معايرة فيتامين ب ١٢ وحمض الفوليك.
- تصوير الدماغ المقطعي المحوسب.

● البزل القطني وفحص السائل الدماغي الشوكي وزرعه.

التشخيص التفريقي:

يفرق الهذيان عن الخرف بعدد من المظاهر السريرية التي تدور أساساً حول سرعة تطور المرض وتبدلات مستوى الوعي في الهذيان مقارنة بالمحافظة على الوعي في الخرف. كما يجب تفريق الهذيان عن الفصام واضطراب الاكتئاب؛ إذ إن بعض المصابين بالاضطرابات الذهانية - ولاسيما الفصام أو النوب الهوسية - قد يصابون بحالات مؤقتة من السلوك غير المنتظم بشدة يصعب تمييزه من الهذيان، ولكن الضلالات والهلوسة في الفصام تكون أكثر تماسكاً وتنظيماً منها في الهذيان. وعلى نحو عام فإن المصابين بالفصام لا يعانون تغير مستوى الوعي أو اضطراب التوجه. ولكن المصابين بالهذيان منخفض الفعالية قد يشابهون المرضى المصابين باكتئاب شديد؛ مع القدرة على تمييزهم بتخطيط الدماغ الكهربائي.

من التشخيصات النفسية الأخرى التي يجب الانتباه إليها: الاضطراب الذهاني الوجيز، والاضطراب فصامي الشكل، والاضطرابات الانشقاقية dissociative disorders [ر. الطب النفسي الجسدي]. كما قد يحاول مفتعلو الاضطراب تقليد أعراض الهذيان، لكن طبيعة الاضطراب المفتعل تظهر بعدم ثبات فحص الحالة العقلية لديهم، ويمكن لتخطيط الدماغ الكهربائي تفريق التشخيصين بسهولة.

سير الاضطراب:

مع الظهور المفاجئ للهذيان؛ فإن الأعراض البادرية (كالتململ والخوف) قد تحدث في الأيام السابقة لظهور الأعراض، وتستمر أعراض الهذيان عادة باستمرار العوامل المسببة ذات الصلة. بعد تحديد العوامل المسببة وإزالتها، تنحسر أعراض الهذيان في ٣-٧ أيام، وقد يستغرق زوال بعض الأعراض زوالاً تاماً فترة تصل إلى أسبوعين.

وكلما كبر المريض سناً وكانت مدة هذيانه أطول؛ كان الوقت اللازم لزوال الأعراض أطول، كذلك يكون تذكر ما حدث خلال نوبة الهذيان بعد زوالها متقطعاً؛ إذ قد يشير إليها المريض على أنها حلم سيئ أو كابوس غامض. وكما ورد آنفاً فإن حدوث الهذيان يرتبط به ارتفاع معدل الوفيات في السنة التالية، وذلك في المقام الأول بسبب خطورة الظروف الطبية المؤدية أساساً إلى الهذيان. أما تطور الهذيان إلى الخرف؛ فلا تؤكده الدراسات ولو أن العديد من الأطباء يعتقدون احتمال حدوث هذا التطور. والملاحظة السريرية التي اتفقت مع بعض الدراسات هي أن فترات الهذيان قد تعقبها فترات من الاكتئاب أو اضطراب الكرب التالي للرضح.

معالجة الهذيان:

الهدف الأساسي في علاج الهذيان هو معالجة السبب الكامن للمرض، وحين يكون السبب التسمم بمضادات الكولين: قد يوصى باستخدام الفيزوستيغمين ساليسيلات physostigmine salicylate، بجرعة ١-٢ ملغ وريدياً أو عضلياً تكرر بفاصل ١٥-٣٠ دقيقة.

والهدف المهم الآخر للعلاج هو توفير دعم جسدي وحسي وبيئي؛ وتأتي أهمية الدعم الجسدي من الحرص على ألاّ يمر المصابون بالهذيان بظروف قد تؤدي إلى تعرضهم لحوادث، وينبغي ألاّ يعرَّض المصابون بالهذيان للحرمان من المنبهات الحسية (مثل العزل التام) أو لفرط التنبيه الحسي (مثل كثرة الزوار)؛ إذ تتطلب رعايتهم وجود صديق أو قريب أو جليس في غرفة المريض، ومن العوامل المريحة للمصاب بالهذيان وجود صور وأثاث مألوف وتكرار إعلامه عن الوقت والأشخاص والأماكن.

المعالجة الدوائية:

عرضا الهذيان الأساسيان اللذان يتطلبان المعالجة الدوائية هما الذهان والأرق، والهالوبيريدول دواء شائع الاستخدام لعلاج الذهان، ويعطى بحسب العمر والوزن والحالة الصحية العامة، وتراوح الجرعة الابتدائية بين ٢ و ٦ ملغ عضلياً تكرر خلال ساعة؛ إذا بقي المريض هائجاً، وحين يهدأ المريض يجب البدء بالدواء الفموي بشكل محلول أو حبوب، وتكفي عادةً جرعتان يومياً مع إعطاء ثلثي الجرعة وقت النوم. وما زالت الدراسات السريرية محدودة باستخدام الأدوية المضادة للذهان من الجيل الثاني. ينصح استعمال الكلوزابين clozapine أو الكويتيابين quetiapine للمصابين بالهذيان وداء باركنسون؛ لأنهما أقل احتمالاً في إثارة أعراض باركنسون.

أما الأرق: فإن البنزوديازيبينات ذات نصف العمر القصير أو المتوسط (مثل لورازيبام) هي العلاج الأفضل وقت النوم.

ثالثاً- اضطرابات النساوة amnestic disorders:

تحدث النساوة في فئة واسعة من الأمراض والحالات المتنوعة، وتتظاهر على نحو أولي بخلل في القدرة على خلق ذكريات جديدة. وتقسم اضطرابات النساوة بحسب السببيات المرضية إلى ثلاث فئات هي النساوة الدائمة الناجمة عن حالة طبية عامة (مثل إصابة الرأس)، والنساوة الدائمة الناجمة عن بعض المواد (مثل التسمم بأول أكسيد الكربون)، والنساوة غير المصنفة في مكان آخر. وتوصف النساوة بالعابرة

إذا استمرت أقل من شهر، وبالمزمنة إذا استمرت مدة تتجاوز الشهر.

يمكن تصنيف اضطرابات النساوة على بعدين متعامدين؛ قد تحدث النساوة على طول البعد الأول بشكل نوبات عابرة أو منفصلة أو تأخذ شكل خلل ثابت في الذاكرة. وتنجم النساوة على طول البعد الثاني عن ضرر عصبي أو سبب نفسي رغم احتمال اختلاط الأسباب العصبية والنفسية معاً. ومع تطور الأدوية التي تستهدف التأثير في الذاكرة فقد ازداد الاهتمام بالعلاج الدوائي النفسي لاضطرابات الذاكرة.

الوبائيات:

لا تتوافر دراسات كافية حول وقوع اضطرابات النساوة أو انتشارها، ولكن يبدو أن النساوة الناجمة عن الكحول تتناقص في حين يتزايد تواتر النساوة الناجمة عن إصابات الرأس في الممارسة العامة وفي المستشفيات.

السببيات:

التشكيلات التشريحية العصبية الأكثر تداخلاً في الذاكرة وفي حدوث النساوة هي بنى محددة في الدماغ البيني diencephalon كنوى الخط المتوسط والنوى المهادية الظهرية الإنسية إضافة إلى بنى الفص الصدغي المتوسط. ومع أن النساوة تحدث نتيجة تأذي هذه البنى في الجانبين؛ فإن بعض الحالات من الأذى أحادي الجانب قد تؤدي كذلك إلى النساوة، وهناك ما يدل على أن نصف الكرة المخية الأيسر قد يكون أكثر تداخلاً في إحداث اضطرابات الذاكرة. كما افترضت دراسات عديدة عن الذاكرة والنساوة في الحيوانات تداخل مناطق أخرى من الدماغ في الأعراض التي ترافق النساوة. أما تداخل الفص الجبهي؛ فقد يكون في اللامبالاة والموارية التي قد ترى عند المرضى.

وهناك أسباب عديدة للنساوة؛ إذ قد يؤدي كل من نقص التيامين (فيتامين B1) وفرط السكر ونقص الأكسجة والتهاب الدماغ بالحلأ البسيط إلى الإضرار بالفصوص الصدغية - ولاسيما الحصين - مما قد يسبب نساوة. وقد تؤدي الأورام، وأمراض الدماغ الوعائية، والتصلب المتعدد إلى ظهور أعراض النساوة حين تصيب المناطق الصدغية، كما قد تؤدي أذيات الدماغ على نحو عام كالرض والتخليج الكهربائي والنوب الصرعية إلى خلل في الذاكرة. وقد رافقت النساوة استعمال أدوية كثيرة؛ مما يوجب على الأطباء معرفة كلّ الأدوية التي يأخذها المريض، والبنزوديازيبينات من أكثر الأدوية التي ترافق النساوة؛ ولاسيما مدمني الكحول.

التشخيص:

يتطلب تشخيص النساوة وجود خلل في المقدرة على تعلم معلومات جديدة أو في المقدرة على تذكر معلومات تعلمها المريض سابقاً، كما يجب أن يؤدي اضطراب الذاكرة إلى خلل واضح في الأداء الوظيفي أو الاجتماعي.

المظاهر السريرية:

العرض الرئيس للنساوة هو حدوث خلل الذاكرة الذي يتميز باضطراب القدرة على تعلم الجديد (نساوة تقدمية anterograde) وعدم القدرة على تذكر القديم (نساوة رجوعية retrograde)، وتبدأ من فور التعرض لحالة مرضية ما مثل الرض، أو بعد فترة من التعرض، وقد تنحصر فترة النساوة بزمن التعرض للإصابة. تضطرب عادةً الذاكرة قصيرة الأمد والذاكرة الحديثة، فلا يتمكن المرضى من تذكر وجبة الفطور أو الغداء، أو اسم المستشفى أو الطبيب، وتكون النساوة شديدةً جداً في بعض المرضى، فيضطرب التوجه للمكان والزمان؛ ولكن نادراً ما يضطرب التوجه للأشخاص. كما يمكن تذكر المعلومات التي تعلمها المريض في الماضي البعيد؛ في أثناء الطفولة مثلاً، في حين يضطرب تذكر المعلومات الأقرب التي تم تعلمها خلال العقد الماضي مثلاً، ولا تتأثر الذاكرة الفورية كأن يطلب من المريض أن يكرر ستة أرقام.

يمكن أن يكون بدء الأعراض مفاجئاً كما في الرض والحوادث الوعائية الدماغية وأذى المواد الكيميائية السامة عصبياً، وقد يكون تدريجياً كما في سوء التغذية وأورام الدماغ. وقد ترافق النساوة أعراض متنوعة أخرى مثل تغيرات الشخصية الواضحة أو الخفية، فيصبح المرضى بليدي الوجدان، وضعيفي المبادرة، ويبدون نوباً غير محرضة من الهياج أو يظهرون وداً وموافقة مفرطة، ولا يملك المصابون بصيرةً جيدة للوضع النفسي العصبي الذي يمرون به. وحين يعاني المصابون بالنساوة اضطرابات معرفية أخرى؛ فإن تشخيص الخرف أو الهذيان أكثر مناسبةً لحالهم من تشخيص النساوة.

يرافق الأمراض الوعائية الدماغية التي تصيب المهاد - ولاسيما أجزاءه الأمامية - حدوث النساوة غالباً، كما تحدث النساوة في سياق التصلب المتعدد حين تتشكل اللويحات في الفص الصدغي ومناطق الدماغ البيني، ويشكل خلل الذاكرة أكثر شكوى شيوعاً في المصابين بالتصلب المتعدد؛ إذ يُشاهد في ٤٠-٦٠٪ منهم اختلال القدرة على التذكر المباشر أو المتأخر.

ومن أهم متلازمات النساوة المزمنة:

متلازمة كورساكوف التي تحدث نتيجة عوز التيامين، وهو

ما تغلب رؤيته في الأشخاص ضعيفي التغذية ممن يدمنون معاقرة الكحول. ويرافق متلازمة كورساكوف عادةً اعتلال الدماغ لفيرنيكه Wernicke الذي يتظاهر بمتلازمة الهذيان والرنح والشلول العينية؛ يزول منها الهذيان خلال شهر تقريباً في حين ترافق النساوة أو تتبع الاعتلال غير المعالج في ما يقرب من ٨٥٪ من كل الحالات.

ومن الملاحظ أن المصابين بمتلازمة كورساكوف يبدو فيهم تغير في الشخصية كتناقص العفوية spontaneity والمبادرة وفقر الاهتمام، وتماثل هذه التغيرات ما يحدث في إصابات الفص الجبهي؛ التي يعاني المصابون بها مشكلات حقيقية في الأداء التنفيذي، وفي التخطيط، وفي المنطق الاستنتاجي بما يتوافق مع نمط آفات الفص الجبهي، لذا فإن متلازمة كورساكوف ليست اضطراباً صرفاً في الذاكرة؛ على الرغم من أنها بلا شك مثال جيد عن أكثر التظاهرات المرضية لمتلازمة النساوة شيوعاً.

أما النساوات العابرة فتشمل:

● **النساوة الشاملة العابرة:** غالباً ما يحدث فقد الذاكرة العابر الشامل في متوسط العمر أو في المسنين، ونسبة إصابة الرجال به أعلى من نسبة إصابة النساء، يستمر عادةً عدة ساعات، ويتميز بتكرار الأسئلة، كما قد يحدث بعض التخليط، لكن المريض لا يبدي فقد سمات الشخصية. قد تُسبق نوبة النساوة العابرة أحياناً بالصداع أو الغثيان، أو حدث صادم، أو تداخلٍ طبي، أو رياضة منهكة، وقد وجدت إحدى الدراسات أن متوسط مدة النساوة أربع ساعات؛ وأطولها ١٢ ساعة. وفي الحالات التي أُجري الفحص العصبي النفسي في أثناء النوبة الحادة من النساوة العابرة أظهر المرضى فقد ذاكرة تقدمياً anterograde عميقاً. أما الشفاء الكامل أو شبه الكامل للنساوة؛ فيتم خلال عدة أسابيع أو عدة أشهر بعد النوبة الحادة.

● **النساوة الصرعية العابرة:** يشير هذا المصطلح إلى عدد قليل من المصابين بالنساوة الشاملة العابرة التي يبدو أنها ناجمة عن الصرع، وقد يبقى لدى المصابين بهذا النوع من النساوة قصور بين النوب.

● **رضوح الرأس:** من المهم في رضوح الرأس التمييز بين النساوة الرجوعية التي قد تستمر عدة ثوانٍ أو دقائق، وبين فترات أطول من النساوة التالية للرضح، وبين جزر من الذاكرة المحفوظة ضمن فجوة الذاكرة المفقودة. قد تحدث النساوة التالية للرضح دون فقد ذاكرة رجوعي، ويفترض على نحو عام أن النساوة التالية للرضح تعكس درجة انتشار الأذية داخل الدماغ، كما تُعدّ مدة النساوة التالية للرضح مؤشراً للناتج المعرفي النهائي. يجب تفريق النساوة التالية للرضح عن النساوة التقدمية المستمرة لفترة طويلة بعد الرضح والتي يتم تحديدها بالتقييم السريري أو المعرفي. وكذلك قد يكون النسيان شكوى شائعة ضمن نطاق متلازمة ما بعد الرضح التي قد تشتمل أيضاً على القلق والتململ restlessness وضعف التركيز وتعدد الشكاوى الجسدية الأخرى.

● **الغشيات الكحولية alcoholic blackouts:** الغشيات الكحولية نوبات منعزلة من النساوة لأحداث بعينها، ولا يجب الخلط بينها وبين نوب الامتناع أو أي ظواهر أخرى متعلقة بالنشبات strokes. ترافق الغشيات الكحولية التسمم الشديد بالكحول الذي يحدث في سياق تاريخ مطول من معاقرة الكحول لا يستطيع المصاب فيها تذكر شيء من نوبة التسمم.

● **النساوة بعد المعالجة بالتخليج الكهربائي:** ترافق المعالجة بالتخليج الكهربائي نساوة راجعة عدة دقائق قبل التخليج ونساوة تقدمية لما بعد المعالجة، وتزول هذه النساوة في خمس ساعات، وقد تبقى تأثيرات خفيفة في الذاكرة شهراً أو شهرين بعد إنهاء دورة المعالجة بالتخليج، وتزداد شدتها بفعل البنزوديازيبينات والعوامل المضادة للكولين.

● **اضطراب الكرب التالي للرضح post-traumatic stress disorder (PTSD):** قد تتظاهر في هذا الاضطراب حالات من النساوة قصيرة الأمد وتشوهات الذاكرة حتى تحريفات صريحة. ومن المثير للاهتمام أن أعراض الكرب التالي للرض قد تتظاهر حتى عندما يكون المريض فاقداً تماماً للذاكرة المتعلقة بالحادث.

يتصف اضطراب الكرب التالي للرضح بتداخل الأفكار والذكريات المتعلقة بالحادث، ويصاب المريض في بعض الحالات بفقد الذاكرة قصير الأمد، وقد يبدي خللاً في الذاكرة التقدمية للمهمات الرسمية لسنوات بعد الحادث. ومما يثير الاهتمام أن المريض قد ينسى فترة الحادث نسياناً تاماً؛ لكنه يستمر في إظهار كامل أعراض اضطراب الكرب التالي للرضح.

● **الشرود نفسي المنشأ psychogenic fugue:** هو حالة من فقد كل الذكريات الذاتية بما فيها الهوية فقداً مفاجئاً يستمر بضع ساعات أو أياماً، وترافقه فترات من التجوال، تنقلب إلى فجوات في الذاكرة بعد الشفاء. وتتميز حالات الشرود نفسي المنشأ من النساوة الشاملة العابرة أو النساوة الصرعية بأن الشخص في الأولى لا يعرف من هو، ولا يكون

تكرار الأسئلة ملمحاً مميزاً للحالة.

• تشاهد **نساوة الاعتداء amnesia of offences** في ٢٥-٤٥٪ من المعتدين في جرائم القتل الذين يزعمون عدم تذكرهم لما حدث، ويجب في هذه الحالات نفي الأسباب العضوية الكامنة كالصرع ورض الرأس ونقص السكر والمشي في أثناء النوم.

التشخيص التفريقي:

تفرق النساوة عن **الهذيان** بأنها تحدث من دون اضطراب الوعي، وتتميز بالحفاظ على بقية الوظائف المعرفية، أما بالنسبة إلى الخرف من نمط ألزهايمر؛ فإن الجدول (٧) يبين الفرق بينه وبين النساوة:

السير والإنذار:

يعتمد سير اضطراب النساوة على السببيات والعلاج؛ ولاسيما العلاج المبكر. على نحو عام: إن النساوة هي اضطراب ساكن لا يتطور للأسوأ، وقد يلاحظ تحسن طفيف مع الوقت، والاستثناءات لهذه القاعدة هي حالات النساوة الحادة، كالنساوة الشاملة العابرة، التي تنحل على نحو كامل خلال ساعات أو أيام، والنساوة الناجمة عن رضح الرأس التي تتحسن على نحو ثابت خلال الأشهر التالية للإصابة.

المعالجة:

المقاربة الأولية لعلاج النساوة هي علاج السبب. ومع أن المريض في حالة من النساوة؛ فإن تزويده بمعلومات داعمة عن الوقت والتاريخ والمكان والأشخاص قد يكون مفيداً وقد يساعد على التقليل من قلق المريض.

رابعاً- الطب النفسي لرضوح الرأس:

الباثولوجيا العصبية:

قد تسبب رضوح الرأس إصابات مفتوحة تنطوي على اقتحام الجمجمة وتخريب نسج الدماغ، أو تسبب إصابات مغلقة تنجم عن قوى تسارع الدماغ وتباطئه؛ إذ يتحرك الدماغ اللين مصطدماً بمحيطه العظمي القاسي، فيصاب بأذيات تتدرج من النزف الوعائي الخفيف إلى ضرر الدماغ شبه الكامل. يحدث النزف داخل الدماغ عادة في السطوح الفاصلة بين المادتين البيضاء والرمادية، كما قد يحدث خارج الجافية وتحتها، فيعمل كآفة شاغلة لحيز تسهم في رفع الضغط داخل القحف. قد تؤدي رضوح الرأس أيضاً إلى إصابة محوارية منتشرة تحدث في مسارات المادة البيضاء الموجودة ضمن نصفي الكرة المخية، كما قد تؤدي إلى حدوث الوذمات وإقفار المخ.

لرضوح الرأس تأثيرات فورية وتأثيرات متأخرة، فقد يؤدي النزف الذي يرافقه ارتفاع ضغط شديد داخل القحف إلى حدوث السبات والموت السريع، في حين يميل النزف تحت الجافية إلى السير سيراً تحت حاد، وقد يتظاهر بأعراض تتطلب عناية الأطباء النفسيين. أما التأثيرات المتأخرة فتشمل ضمور الدماغ الذي قد يحدث على مدى الأسابيع أو الأشهر التالية للإصابة، ويظهر بشكل استسقاء الدماغ وتوسع البطينات المنتشر، ويرافقه عادة ضمور الجسم الثفني

	الخرف من نمط ألزهايمر	**النساوة**
البدء	مخاتل	مفاجئ
السير	تدهور تقدمي	ثابت أو متحسن
الذاكرة التقدمية anterograde	تختل	تختل
الذاكرة الرجوعية retrograde	تختل	يطغى خلل تسمية الأشخاص والأشياء
الذاكرة لمعاني الكلمات	تختل	سليمة
اللغة	تختل	سليمة
الأداء	يختل	سليم

الجدول (٧)

corpus callosum، ومن المهم جداً تفريق استسقاء الدماغ عن التأثيرات المتبقية للدماء النازفة تحت العنكبوت. يضاف إلى ذلك ما قد تسببه الكسور في أرضية الجمجمة من وصول العدوى إلى الحيز تحت العنكبوت مؤدية إلى التهاب السحايا. أما الخراجات الدماغية فقد تتطلب أشهراً؛ كي تصبح واضحة سريرياً.

وآلية فقد الوعي التالي لإصابات الرأس الخفيفة ما زالت مجهولة؛ ويرى بعض الباحثين بالاعتماد على دراسات على الحيوانات أنها تنجم عن تفعيل النوى الكولينية ضمن الجسر pons، ويحتمل أن ينجم فقد الوعي الذي يستمر أكثر من عدة دقائق عن تأذي المناطق القشرية الأساسية للوعي أو تأذي نظام اليقظة تحت القشري، بيد أن تصوير الدماغ قد يكون طبيعياً عند بعض المرضى المصابين بغيبوبة طويلة الأمد.

العقابيل النفسية لإصابات الدماغ:

من المهم لفهم الأعراض النفسية التالية للإصابة أن يُعرف الشخص المصاب نفسه:

١- **الاختلال المعرفي:** يرتبط الاختلال المعرفي بشدة الإصابة الدماغية أكثر من أي من الأعراض النفسية الأخرى. وتلاحظ اختلالات الكلام إضافة إلى تأثر التواصل الاجتماعي والصعوبة في إيجاد الكلمات.

٢- **التركيز والانتباه:** تتضمن الاختلالات المعرفية غير النوعية بطء التركيز وانخفاضه.

٣- **خلل الذاكرة:** قد يكون خلل الذاكرة الشكل الأكثر شيوعاً من أشكال اختلال المعرفة؛ إذ يصاب المرضى بنساوة تقدمية، وهو ما يجب تفريقه عن النساوة التراجعية والنساوة التالية للرضح.

٤- **تغير الشخصية:** يُعدّ تغير الشخصية سبب المعاناة الأكبر. وقد يكون لموضع الضرر الدماغي شأن في تغير الشخصية. فقد تسبب الآفات الجبهية الحجاجية مثلاً تغيرات في الشخصية أكثر إزعاجاً مع اختلالات في السلوك الاجتماعي، كما يحتمل أن يتعلم بعض المرضى نماذج مشوهة من السلوك.

٥- تتضمن تغيرات الشخصية **اللامبالاة واضطراب الدافع والطموح**. يوصف المرضى غالباً بالطفوليين بما يندرج تحت هذا التعبير من الاندفاعية والتحمل المنخفض للحرمان والتحول إلى شخص متطلب، وعلى نحو عام يفتقر هؤلاء الأشخاص إلى القدرة على القيام بدور البالغ في عملية اتخاذ القرارات المهمة.

الشفاء: يشفى بعض الوظائف المعرفية على نحو كبير في السنة الأولى. وينجم التحسن بعد سنتين من تحسن طرائق التأقلم. أما متابعة التحسن والعودة للمساهمة في الحياة الاجتماعية فيتم في السنوات ٥-١٠ بعد الإصابة.

المتلازمة التالية للارتجاج post-concussion syndrome:

هناك غموض في تعريف هذه المتلازمة، وقد يكون من المضل الاحتفاظ بهذا المصطلح لوصف معقد الأعراض التي قد تنتهي على نحو مفاجئ بإعاقة شديدة بعد إصابة الرأس إصابة خفيفة. ولا توجد علاقة توافق بين انتشار الأعراض التالية للارتجاج وشدة الإصابة. تميل الأعراض الباكرة إلى أن تكون ذات طابع عصبي كالصداع والغثيان وازدواج الرؤية أحياناً. وتؤدي الإصابات المتوسطة إلى خلل في عمليات معالجة المعلومات. كما يشكو المرضى التعب في المراحل المبكرة، وتشيع لديهم أعراض القلق والاكتئاب والهيوجية، وقد يكون ذلك بعد فترة كمون.

إصابات الرأس عند الأطفال:

من المحتمل أن تخفف اللدونة plasticity العصبية عند الأطفال من عواقب رضوح الرأس، وهو ما تم إثباته في سياق الإصابات المتوسطة والخفيفة، بيد أن الإصابات الشديدة غالباً ما تسبب للأطفال قصوراً معرفياً دائماً إضافة إلى المشكلات السلوكية، ولعناية الأهل تأثير قوي في النتائج هنا. وتشمل أكثر الاضطرابات السلوكية التالية لإصابة الرأس عند الأطفال شيوعاً: تغيرات الشخصية، واضْطِراب نَقْصِ الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط، واضطراب الوسواس القهري. وعلى المدى الطويل يكون الأطفال الذين تعرضوا لإصابة في الرأس أكثر عرضة للإصابة بالفصام؛ إضافة إلى ارتفاع احتمال إصابتهم بالصرع التالي للرضح على نحو أكبر مما يشاهد عند البالغين.

الملاكمة: يصاب قرابة ١٠-٢٠٪ من الملاكمين المحترفين بأذيات دماغية تالية للرضح المتكرر تشمل تأذي الجملة خارج الهرمية إضافة إلى السبل الهرمية والمخيخية، وترافق هذه الأذيات عادة اختلالات معرفية ولاسيما الذاكرة، إضافة إلى حدوث الخرف بنسبة ٥٠٪ من هذه الحالات.

خامساً- طب نفس الشيخوخة geriatric psychiatry:

التقدم بالسن ليس مرضاً، بل هو مرحلة من مراحل حياة الإنسان تتميز بمسائلها التطورية الخاصة، التي يتصف كثير منها بفقدان الحيوية الجسدية والدقة العقلية والأصدقاء والقوة والمنزلة، ولكن في الوقت نفسه يرافق الشيخوخة تراكم الحكمة والقدرة على نقلها إلى الأجيال القادمة، وهذا ما

دعا إريك إريكسون أن يعدّ الشيخوخة الطبيعية وقت بلوغ الطمأنينة؛ وليس اليأس. ولكن - وعلى عكس هذه المجموعة من الشيوخ السليمين - هناك مجموعة المسنين المرضى الذين يعانون أمراضاً جسدية أو عقلية أو المرضين معاً تعطل قدرتهم على الأداء أو حتى على النجاة، وتشكل هذه المجموعة الأخيرة بؤرة اهتمام طب نفس الشيخوخة الذي يتعامل مع تشخيص الاضطرابات النفسية عند المسنين وعلاجها والوقاية منها.

شهد العالم في العقود القليلة الماضية - ويتوقع أن يشهد خلال العقود القادمة - ارتفاعاً في معدلات أعمار سكان العالم، وقد أصبح ارتفاع نسبة المسنين واضحاً بين سكان الدول المتقدمة، ويتوقع أن ترتفع هذه النسبة في الدول النامية أيضاً. إن تعمير سكان العالم يعني بالضرورة زيادة أهمية الأمراض التي يرتبط انتشارها بتقدم العمر، ولمعرفة كيفية اختلاف انتشار الأمراض النفسية مع العمر يُحتاج إلى مسوحات كبيرة للسكان، وهذا ما قامت به إحدى الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية خلال ثمانينيات القرن الماضي، فوجدت أن الاضطرابات المعرفية الشديدة - ولاسيما الناتجة عن الخرف - تتزايد مع التقدم بالعمر، في حين ينخفض كل من القلق والاكتئاب وتعاطي المواد الفعالة نفسياً.

لقد ساهم تقدم التقنيات الطبية كثيراً فيما يطلق عليه اسم الثورة العمرية، التي تمثل على نحو أساسي نمواً سريعاً لشريحة السكان العمرية العليا؛ إذ يشكل الأشخاص في عمر الـ ٨٥ سنة أسرع شريحة عمرية نمواً في الولايات المتحدة الأمريكية، وهم أكثر شريحة عمرية تعرضاً للمراضة وللتشارك المرضي النفسي- الجسدي.

يتعرض المسنون لكروب عديدة أشدها الأمراض الطبية المزمنة والحادة، واستخدام الأدوية العلاجية، والتداخلات المعقدة بين الأدوية و الأمراض، لذا كان على الأطباء النفسيين تمييز كل من المرض الجسدي والمرض النفسي عند مرضاهم؛ إضافة إلى امتلاك المهارات اللازمة في العلوم الاجتماعية، والمعرفة بنظام تقديم الرعاية الصحية وبطرق تمويل الدعم الاجتماعي؛ ولاسيما بيوت العجزة. كما أن توقف المريض عن العمل سواء بالتقاعد الطوعي أم غير الطوعي يؤدي إلى خفض المدخول المادي والمنزلة الاجتماعية، ويضيق شبكة الشخص الاجتماعية، إضافة إلى فقد الأقرباء والأصدقاء لموتهم أو لمرضهم؛ مما يصل بالمسن إلى حالة من الحرمان النفسي والفراغ الذي قد يصعب إعادة ملئه؛ إذ يصعب على المسنين خلق صلات اجتماعية جديدة كالزواج مثلاً. ويقود الضعف الجسدي وفقد الأصدقاء إلى تحديد حركة المسن مما يؤدي بدوره إلى اشتداد العزلة وتزايد صعوبة متابعة النشاطات الحياتية اليومية، كتحصيل الطعام والثياب والحفاظ على المسكن. وبانتقال المسنين إلى دور الرعاية؛ فإنهم لا يفقدون فقط معظم ممتلكاتهم ومعارفهم، بل إن الأمر يتعدى ذلك إلى فقدهم خصوصيتهم وإحساسهم بقيمة الذات. وتزداد الأمراض النفسية والجسدية عند المسنين بسبب الفقر.

الفحص النفسي للمرضى المسنين:

يماثل فحص المرضى المسنين النفسي الفحص المتبع للمرضى البالغين، ولكن- بسبب ارتفاع معدل انتشار الاضطرابات المعرفية عند المسنين- يجب التأكد أولاً ما إذا كان الشخص يفهم طبيعة الفحص وهدفه. ويتم أخذ قصة مستقلة من العائلة أو مقدمي الرعاية حين يكون الشخص مصاباً باضطراب معرفي، ولكن يبقى الطبيب ملزماً بمقابلة المريض على انفراد للحفاظ على خصوصية العلاقة بين الطبيب والمريض ولنفي أي أفكار انتحارية أو زورانية قد لا يكون المريض راغباً في الإفصاح عنها بوجود قريب أو ممرضة في غرفة الفحص.

القصة المرضية النفسية:

تتضمن التعريف بالشخص، ثم تسجيل الشكاية الرئيسة وتاريخ المرض الحالي والسوابق المرضية والتاريخ الشخصي والتاريخ العائلي، مع الإحاطة بالأدوية (الموصوفة أو من دون وصفة) التي يأخذها المريض أو التي تناولها في الماضي القريب.

فحص الحالة العقلية: ويتضمن:

- المظهر العام (المظهر، الفعالية الحركية، الموقف من الفاحص، فعالية الكلام).
- تقييم الأداء (الوظائف اليومية العادية التي يجب التأكد من أن الأشخاص فوق عمر الـ ٦٥ سنة قادرون على القيام بها).
- المزاج والوجدان (يكون الانتحار سبباً مهماً للموت عند المسنين، ويعدّ تحمل مشاعر الوحدة والعجز وقلة القيمة للذات خطورة كبرى للتفكير بالانتحار، وقد تتدخل حالة المزاج في الأداء المعرفي).
- اضطرابات الإدراك (الأهلاسات (الانخداعات) التي تشكل عرضاً عابراً عند المسنين بسبب انخفاض حدة الإحساس).

● الناتج اللغوي (الحبسات).
● الأداء البصري الفراغي (نسخ الأشكال، الرسم).
● التفكير (السَلَطة الكلامية، اللغة الجديدة، الضلالات).
● الحس والمعرفة (الحواس، الذكاء).
● الوعي، والتوجه، والذاكرة (المباشرة والحديثة والبعيدة).
● الذكاء والمهمات الفكرية (العد والحساب، القراءة والكتابة).
● المحاكمة (ما هو تصرف المريض إذا شم رائحة دخان).

التقييم النفسي العصبي:

من أكثر الاختبارات المستخدمة هنا اختبار الحالة العقلية المصغر MMSE الذي يقيِّم التوجه والانتباه والحساب والتذكر المباشر وقصير الأمد، والقدرة على تنفيذ تعليمات بسيطة [ر. الفحص والتشخيص في الطب النفسي]. يستخدم هذا الاختبار لاكتشاف الاضطرابات ولمتابعة سير المرض ومراقبة استجابة المريض للعلاج؛ لكنه لا يستخدم للحصول على تشخيص رسمي. ويتم تقييم قدرات الذكاء عند المرضى باختبار ويشلر للذكاء عند البالغين Wechsler Adult Intelligence Scale الذي يعطي علامات للفظ وللأداء وللذكاء.

الكشف المبكر والوقاية:

يتطور العديد من الأمراض المرتبطة بالعمر على نحو مخاتل وتدريجي على مدى السنين، ويمثل داء ألزهايمر السبب الأكثر شيوعاً للخلل المعرفي في السن المتأخرة؛ إذ يلاحظ ترقي التراجع المعرفي الذي يبدأ بفقد خفيف للذاكرة، وينتهي بتدهور سلوكي ومعرفي شديد. ولأن منع حدوث الضرر العصبي أسهل من إصلاحه بعد حدوثه؛ فإن الباحثين يعملون على تطوير آليات للكشف المبكر والوقاية من الأمراض المرتبطة بالعمر، كداء ألزهايمر. وقد أحرز الباحثون تقدماً ملحوظاً في تطوير الجزء الاستكشافي من هذه الآلية؛ باستخدام طرق تصوير الدماغ، كالتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني PET والتصوير بالرنين المغنطيسي الوظيفي fMRI، وتدابير الخطورة الوراثية. وتمكن هذه المقاربات من كشف التغيرات الصغيرة في الدماغ و متابعة تطورها مع الوقت، كما تسمح بمراقبة تقدم المرض وباختبار العلاجات الجديدة المصممة لإبطاء الشيخوخة. وقد أثبتت المقاربات الحديثة - في قياس البراهين المادية لداء ألزهايمر من اللُوَيحات plaques والتَّشابُكات tangles في قشر المخ- نجاحها في الدراسات الأولية، ويرجح أنها ستسهل اختبار علاجات مبتكرة لتخليص الدماغ من هذه الآفات. قد لا يكون العلماء قادرين على شفاء داء ألزهايمر حين حدوثه إلا أنهم قد يتمكنون من تأخير بدئه؛ مما يساعد المرضى على العيش فترة أطول من دون المظاهر المنهكة للمرض بما في ذلك التدهور المعرفي.

الاضطرابات النفسية عند المسنين:

وجد المعهد الوطني للصحة العقلية أن أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً مع تقدم العمر هي الاضطرابات الاكتئابية والاضطرابات المعرفية والرهابات وتعاطي الكحول، ويعاني كبار السن أيضاً خطورة عالية للانتحار وتعاطي المواد الفعالة نفسياً. هذا ومن الممكن الوقاية من الكثير من الأمراض النفسية في العمر المتقدم، إضافة إلى تحسنها أو حتى عكسها، وللأسباب العكوسة للخرف والهذيان أهمية خاصة؛ إذ إنها إن لم تشخص بدقة وتعالج في الوقت المناسب قد تتطور إلى حالات غير عكوسة.

هناك العديد من عوامل الخطورة النفسية الاجتماعية التي قد تهيئ للإصابة بالأمراض النفسية عند المسنين، مثل فقدان الدور الاجتماعي، وفقدان الاستقلالية، وموت الأصدقاء والأقارب، وتدهور الصحة، وزيادة العزلة، والقيود المالية، وانخفاض الأداء المعرفي. كما قد يسبب العديد من الأدوية أعراضاً نفسية عند كبار السن، وقد تكون هذه الأعراض نتيجة تغيرات في امتصاص الدواء، أو وصف جرعات عالية من الأدوية، أو عدم اتباع التعليمات في تناول الجرعة، أو الحساسية للدواء، أو تضارب الأدوية الموصوفة من قبل أطباء مختلفين.

١- **الخرف:** يُعدّ الخرف ثاني سبب للعجز - بعد داء الروماتويد- عند من يبلغ عمرهم ٦٥ سنة أو أكثر. ويعاني قرابة ٥٪ من المسنين فوق ٦٥ من العمر في الولايات المتحدة الأمريكية الخرف الشديد، في حين يبدي ١٥٪ منهم أعراض خرف خفيف، ويرتفع انتشار الإصابة بالخرف الشديد إلى ٢٠٪ عند الذين تتجاوز أعمارهم سن الثمانين سنة، وتتضمن عوامل الخطورة المعروفة للخرف: العمر والسوابق العائلية والجنس المؤنث.

على عكس التخلف العقلي؛ فإن الخلل الفكري في الخرف يتطور مع الوقت، ويتمثل بفقدان تدريجي للوظائف العقلية التي تم تحقيقها سابقاً في حياة الفرد. تحتوي التغيرات المميزة في الخرف على تدهور المعرفة والذاكرة واللغة والمهارات البصرية الفراغية visuospatial skills، ولكن يشيع أيضاً حدوث اضطرابات سلوكية تتضمن الهياج والتململ والتجول والغضب والاندفاعية والعنف والصراخ وفقدان التثبيط

الاجتماعي والجنسي واضطراب النوم، كما تشاهد الضُلالات والأهلاسات خلال سير الخرف عند قرابة ٧٥٪ من المرضى.

إن العامل المسبب للخرف قابل للشفاء في ١٠-١٥٪ من كل المرضى الذين يبدون أعراض الخرف، وتتضمن الحالات القابلة للشفاء الأمراض الجهازية كأمراض القلب، وأمراض الكلية، وقصور القلب الاحتقاني، والاضطرابات الغدية كقصور الدرقية، وعوز الفيتامينات، وسوء استخدام الأدوية، والاضطرابات النفسية الأولية؛ ولاسيما الاضطراب الاكتئابي.

٢- **الاضطرابات الاكتئابية**: تشاهد أعراض اكتئابية في قرابة ١٥٪ من المسنين، ولا يُعدّ التقدم بالعمر وحده عامل خطورة للإصابة بالاكتئاب، لكن ترمل المسن وإصابته بمرض مزمن يزيدان من احتمال إصابته باضطراب اكتئابي، ويتميز الاكتئاب ذو البدء المتأخر بمعدلات تكرر عالية.

تتضمن العلامات الشائعة للاضطراب الاكتئابي انخفاض الطاقة والتركيز، ومشكلات في النوم (تقطع النوم والاستيقاظ الصباحي المبكر خاصة)، وانخفاض الشهية، وفقد الوزن، وشكايات جسدية؛ وقد تختلف الأعراض في المسنين المكتئبين عنها في البالغين الأصغر عمراً بسبب ازدياد التشديد على الأعراض الجسدية عند المسنين، ويتميز المسنون المكتئبون بتعرضهم للإصابة بالسوداوية melancholia وبالمراق hypochondriasis وبانخفاض تقدير الذات والشعور بعدم الأهمية، والميل للوم الذات (خاصة فيما يتعلق بالجنس والخطيئة) مع أفكار انتحارية وزورانية، وقد يبلغ الخلل المعرفي في الاكتئاب عند المسنين درجة الخرف الكاذب الذي يتميز من الخرف الحقيقي بأن المصابين بالخرف الكاذب أقل عرضة للإصابة باضطراب اللغة وبأنهم يميلون إلى أن يقولوا: "لا أعرف" عندما لا يكونون متأكدين من الإجابة، ويحدث الخرف الكاذب عند نحو ١٥٪ من كبار السن المكتئبين، في حين يصاب ٢٥-٥٠٪ من المصابين بالخرف بالاكتئاب.

٣- **الفصام**: يبدأ الفصام عادةً في مرحلة المراهقة المتأخرة أو بداية البلوغ، ولكن هناك حالات قليلة تبدأ بعد سن الخامسة والأربعين وحالات أقل تبدأ بعد سن الخامسة والستين، ويرجح أن إصابة النساء تفوق إصابة الرجال في العمر المتأخر. ومن الفروق الأخرى بين الفصام متأخر البدء ومبكر البدء زيادة انتشار الفصام الزوراني في نمط البدء المتأخر.

يستجيب الفصام عند المسنين على نحو جيد للأدوية المضادة للذهان، ولكن قد يقل تحملهم لتأثيراتها الجانبية، وقد تتداخل مع أدوية أخرى يتناولونها لعلاج مشاكل صحية أخرى؛ لذلك يجب وصف الأدوية المضادة للذهان بحذر، وكثيراً ما تكون فعالة بجرعات أقل من الجرعات الموصوفة للمرضى الأصغر سناً.

٤- **الاضطراب الضُلالي (أو التوهمي) delusional disorder**: يراوح عمر بدء الاضطراب الضُلالي عادة بين ٤٠-٥٥ سنة، لكنه قد يحدث في اي وقت من فترة الشيخوخة، وللضُلالات **عدة أشكال**؛ والشكل الأكثر شيوعاً هو الضُلال الاضطهادي حيث يضلل المريض بأنه عرضة للتجسس أو للملاحقة أو للتسميم أو للتحرش بطريقة ما؛ ما قد يجعله عنيفاً تجاه الأشخاص الذين يضلل أنهم يضطهدونه، أو يدفعه إلى أن يحبس نفسه في غرفته؛ ليعيش حياة منعزلة. وقد تحدث عند المسنين ضُلالات جسدية يعتقد المريض فيها أنه مصاب بمرض قاتل.

قد يظهر الاضطراب الضُلالي عند الأشخاص المهيئين عقب التعرض لكرب جسدي أو نفسي مثل وفاة الزوج أو فقدان الوظيفة أو العزلة الاجتماعية أو تدهور الظروف المادية أو ضعف النظر أو السمع أو الإصابة بمرض جسدي، ولما كانت الضُلالات قد تحدث في سياق العديد من الاضطرابات النفسية؛ فإن تشخيص الاضطراب الضُلالي يستوجب استبعاد تشخيص داء الزهايمر، واضطرابات استخدام الكحول، والاضطرابات الاكتئابية، والاضطراب ثنائي القطب؛ مع التنبه أيضاً إلى أن الاضطراب الضُلالي قد ينجم عن الأدوية كما قد يُعدّ علامة باكرة لأورام الدماغ.

٥- **القلق**: يتضمن القلق الهلع والرهابات والوسواس القهري والقلق المعمم والكرب الحاد والكرب التالي للرضح. تبدأ الاضطرابات القلقية عادةً في بداية الكهولة أو وسطها ، لكن بعض الحالات تبدأ بعد عمر الستين، وسجلت إحدى الدراسات أن معدل انتشار القلق خلال مدة شهر بعد عمر الـ ٦٥ أو أكثر تعادل ٥,٥٪، ويبدو أن الأكثر شيوعاً هو الرهابات (٤-٨٪) في حين يشكل الهلع ١٪. وتقل شدة علامات الرهاب وأعراضه عند كبار السن عنها عند البالغين الأصغر سناً، لكن تبقى لها التأثيرات نفسها؛ مما يعدّ عاملاً موهناً للمسنين.

قد يوجد مثير نوعي للشعور المزمن بالقلق عند المصاب؛ مما يمكن من عزو القلق عند المسنين إلى هشاشة النظام العصبي الذاتي لديهم بعد التعرض لكروب شديدة؛ فبوجود العجز الجسدي المرافق يتفاعل المسنون مع الكرب التالي للرضح - مثلاً- تفاعلاً أشد مما يشاهد عند الأشخاص

الأصغر سناً. أما عند عدم وجود مثير نوعي للشعور المزمن بالقلق، فقد تساعد النظريات الوجودية على تفسير القلق عند المسنين؛ إذ يتوجب على كبار السن الالتفات لفكرة الموت، وقد يتعامل الشخص معها بأحاسيس من اليأس والقلق بدل التعامل برصانة وطمأنينة.

وقد تظهر الوساوس والسلوكيات القهرية عند المسنين للمرة الأولى، مع وجود ما يدل عندهم على ظهور الاضطراب في سن مبكرة (مثلاً: فرط التنظيم والكمال والدقة)، وعند ظهور الأعراض تتعاظم رغبة المريض بالترتيب والتماثل واتباع الطقوس، وربما أصبح صلباً وغير مرن على نحو عام مع سلوكيات قهرية تدفعه لتفقد الأشياء مراراً وتكراراً.

٦- الاضطرابات جسدية الشكل: تتميز هذه الاضطرابات بأعراض جسدية تماثل الأمراض الطبية الجسدية، وهي ترتبط بطب نفس الشيخوخة؛ لأن الشكايات الجسدية شائعة أكثر بين المسنين، إذ يعاني أكثر من ٨٠٪ ممن تتجاوز أعمارهم الـ ٦٥ مرضاً مزمناً واحداً على الأقل عادة ما يكون الداء الروماتويد أو المشكلات القلبية الوعائية، في حين يعاني ٢٠٪ ممن هم فوق الـ ٧٥ من العمر الداء السكري إضافة إلى ما يقارب أربعة أمراض مزمنة قابلة للتشخيص، وتتطلب الرعاية الطبية.

يشيع حدوث داء المُراق hypochondriasis في الأشخاص الذين تزيد أعمارهم على ٦٠ سنة؛ مع أن ذروة حدوثه تكون عند من كانت أعمارهم بين ٤٠-٥٠ سنة، ويكون هذا الاضطراب عادة مزمناً، وإنذاره محتفظ به. يساعد الفحص الجسدي المتكرر على تطمين المرضى بعدم إصابتهم بمرض قاتل، لكن يجب تجنب الإجراءات التشخيصية الغازية ومرتفعة الخطورة إلا في حال الضرورة الطبية. ومن الضروري تجنب إخبار المريض بأن أعراضه خيالية؛ لأن ذلك غالباً ما يولد الاستياء لدى المريض منتجاً تأثيراً عكسياً، بل يجب على الأطباء إعلام المرضى بأن شكايتهم حقيقية؛ لأن الألم موجود فعلاً، ويشعر به المريض، وبأن المقاربات العلاجية الدوائية والنفسية هي المنصوح بها.

٧- اضطرابات تعاطي الكحول والمواد الأخرى: يشكل اضطراب تعاطي الكحول والمواد الأخرى نحو ١٠٪ من مجموع الاضطرابات النفسية عند المسنين، ويكون لدى المسنين الذين يستهلكون كميات كبيرة من الكحول عادةً تاريخ طويل من استهلاك الكحول بكميات هائلة خلال مراحل عمرهم السابقة، وقد تكون لديهم مشاكل اجتماعية مثل العزوبة أو الطلاق أو الترمل أو التشرد ودخول السجون، كما قد يعاني الكثير منهم أمراضاً كبدية.

يحدث الاعتماد dependence على بعض المواد كالمنومات وحالات القلق عند هذه الفئة العمرية بمعدلات أعلى من بقية الفئات العمرية، وذلك بسبب زيادة استخدام المسنين لهذه المواد بهدف تخفيف القلق المزمن أو تحسين النوم. كما أن وصف المسكنات للمصابين المزمنين بالسرطان قد يؤدي إلى الاعتماد عليها، ولكن الحاجة إلى تخفيف الألم تأخذ الأسبقية على إمكانية حدوث الاعتماد على المسكنات عند هؤلاء المرضى.

تتضمن المظاهر السريرية للاعتماد عند المسنين الهذيان وعدم الاهتمام بالنظافة الشخصية والاكتئاب وسوء التغذية وتكرر السقوط، وقد يلاحظ هذيان مفاجئ بعد القبول في المستشفى بسبب الامتناع عن الكحول، كما يجب التفكير بسوء استخدام الكحول عند المسنين المصابين بمشكلات هضمية مزمنة.

هذا وقد يسيء المسنون استخدام المواد غير الموصوفة طبياً كالنيكوتين والكافيين، ويستخدم ٣٥٪ منهم المسكنات غير الموصوفة، في حين يقوم ٣٠٪ باستخدام المسهلات، وينبغي أن ينتبه الطبيب لاحتمال استخدام الأدوية من دون وصفة عند تكرر الشكايات غير القابلة للتفسير من الناحية الهضمية أو النفسية أو الاستقلابية.

٨- اضطرابات النوم: يُعدّ التقدم بالعمر العامل الأكثر أهمية الذي ترافقه زيادة انتشار اضطرابات النوم. فإضافة إلى التغيرات النفسية وتغير النشاطات اليومية؛ تشتمل أسباب اضطرابات النوم عند المسنين على اضطرابات النوم الأولية والاضطرابات النفسية الأخرى وعوامل اجتماعية وبيئية.

يُعدّ اخْتِلاَلُ النَّوم dyssomnia الاضطراب الأكثر تواتراً بين اضطرابات النوم الأولية، وأهم أشكاله الأرق الأولي، والرمع العضلي الليلي nocturnal myoclonus، ومتلازمة الساق غير المرتاحة، وانقطاع النفس في أثناء النوم. أما بالنسبة إلى أشكال الخَطَل النَّوميّ parasomnia؛ فإن اضطراب السلوك خلال نوم حركات العين السريعة REM sleep behavior disorder يحدث حصرياً عند المسنين؛ ولاسيما الرجال، ويتميز بالصراخ وبالشتائم التي قد تكون لها صلة بالأحلام؛ وبفعالية حركية بسيطة أو معقدة قد تسبب الأذى لشريك الفراش. ومن الحالات الأخرى التي تسبب عادةً اضطراب النوم عند المسنين: الألم وضيق التنفس وحُرْقَةُ الفُؤاد، تضاف إلى ذلك مساهمة الفقر والمسؤوليات

الاجتماعية والمهنية. وكنتيجة لقصر مدة دورة النوم - اليقظة لدى المسنين؛ فإن الأشخاص الذين لا يملكون برنامج نشاطات يومياً - ولاسيما أولئك المقيمون في دور الرعاية - قد يعانون مرحلة نوم متقدم، فينامون باكراً، ويستيقظون ليلاً. كما أن تناول الكحول بكميات صغيرة قد يؤثر في نوعية النوم، فيؤدي إلى تقطع النوم وإلى الاستيقاظ الصباحي المبكر، كما يحتمل أن يفاقم الكحول من توقف التنفس في أثناء النوم. ومن أكثر أسباب تدهور نوعية النوم عند المسنين شيوعاً تغيير وقته وتوحيد وقت النوم في دور الرعاية.

وتشمل تغيرات بنية النوم عند الأشخاص الذين تزيد أعمارهم على الخامسة والستين تغيرات في كل من نوم الريم (نوم الحَرَكات العَينيَّة السَّريعَة) والنَّوْم اللاريمي؛ حيث يتضمن اضطراب نَوم الريم إعادة توزيعه خلال الليل، فيزداد تواتر نوباته، وتقصر فترة كل نوبة، وتقل مدته إجمالاً، أما بالنسبة إلى النَّوْم اللاريمي؛ فتنقص فيه سعة موجات دلتا، وينخفض فولتاج المرحلة الثالثة والرابعة من النوم، وتزداد نسبة المرحلتين الأولى والثانية فيه.

٩- خطر الانتحار: يعاني المسنون ارتفاع خطر الانتحار مقارنة بأي مجموعة عمرية أخرى؛ إذ يزيد معدل انتحار الرجال البيض فوق عمر الـ ٦٥ خمس مرات عنه لدى عامة الناس، ويقول ثلث المسنين: إن السبب الأساسي وراء تفكيرهم بالانتحار هو الوحدة، كما يشير نحو ١٠٪ من المسنين الذين فكروا بالانتحار إلى المشكلات المادية أو ضعف الصحة أو الاكتئاب كأسباب للأفكار الانتحارية. ويختلف عدد ضحايا الانتحار عمن يحاولون الانتحار؛ إذ يشكل الرجال نحو ٦٠٪ ممن ينتحرون فعلاً؛ في حين تشكل النساء ٧٥٪ من الذين يحاولون الانتحار. وكقاعدة: يقوم ضحايا الانتحار باستخدام المسدسات أو بشنق أنفسهم، بينما يتناول ٧٠٪ من محاولي الانتحار الأدوية، ويجرح ٢٠٪ منهم أنفسهم. وتظهر دراسات تشريح الجثة النفسي psychological autopsy أن معظم المسنين المنتحرين قد عانوا فعلاً اضطراباً نفسياً؛ الاكتئاب خاصة. ويكون أغلب المسنين المنتحرين ممن فقدوا أزواجهم، وأقل منهم العازبون والمطلقون والمنفصلون. وتشيع عند المسنين الطرق العنيفة للانتحار. وتُعدّ الأمراض الجسدية وخسارة الأحبة السبب الأكثر شيوعاً للانتحار عند المسنين، ويُخبر معظم المسنين الذين ينتحرون عائلاتهم أو أصدقاءهم عن أفكارهم الانتحارية قبل تنفيذها.

لذلك ينبغي تقييم الاكتئاب والأفكار أو الخطط الانتحارية عند المسنين الذين تعرضوا لخسارة حديثة أو المصابين بأمراض مزمنة، ويستفاد في هذا التقييم عند الأشخاص الذين لا يستطيعون إيصال أفكارهم مباشرة من استطلاع نظرتهم للحياة بعد الموت.

حالات أخرى تتعلق بالشيخوخة:

١- الدوار vertigo: يشكل الشعور بالدوار أو الدوخة شكوى شائعة عند المسنين، وتخفض من فعاليتهم عادةً بسبب خوفهم من السقوط. وتتنوع أسباب الدوار، وتتضمن فقر الدم وانخفاض الضغط وعدم انتظام القلب وأمراض الأوعية الدماغية وقصور الشريان القاعدي وأمراض الأذن الوسطى وورم العصب السمعي وداء مينير، وتنطوي أغلب حالات الدوار على مكون نفسي قوي، ويجب على الطبيب التأكد من وجود أي مكسب ثانوي من المَرَض.

٢- الغَشْي syncope: ينتج الفقدان المفاجئ للوعي الذي يميز الغَشي من انخفاض تدفق الدم الدماغي ونقص أكسجة الدماغ؛ مما يوجب إجراء استقصاءات شاملة لنفي الأسباب المحتملة التالية:

أ- الاضطرابات القلبية:

(١)- تشريحية/ دسامية:

- تضيق الأبهر.
- تدلي التاجي وقلسه.
- اعتلال عضلة القلب الضخامي.
- الورم المخاطي.

(٢)- كهربائية:

- اضطراب النظم التسرعي.
- اضطراب النظم البطيء.
- حصار القلب.
- متلازمة العقدة المريضة.

(٣)- وظيفية: نقص التروية والاحتشاء.

(٤)- انخفاض الضغط الظرفي:

- التجفاف.
- انخفاض الضغط الانتصابي.
- انخفاض الضغط بعد الأكل.

(٥)- المنعكسات القلبية غير الطبيعية:

- متلازمة الجيب السباتي.
- الغشي المبهمي.

(٦)- الأدوية:

- الموسعات الوعائية.
- حاصرات قنوات الكلسيوم.
- المدرات.

● حاصرات بيتا.

ب- شذوذات الجهاز العصبي المركزي:

● قصور الأوعية الدماغية.

● النوب الصرعية.

ج- الشذوذات الاستقلابية:

● نقص الأكسجة.

● نقص سكر الدم أو فرطه.

● فقر الدم.

د- الاضطرابات الرئوية:

● الداء الرئوي الانسدادي المزمن.

● التهاب الرئة.

● الصمات الرئوية.

٣- نقص السمع: يعاني قرابة ٣٪ ممن تتجاوز أعمارهم الـ ٦٥ سنة نقص سمع نوعياً (صمم شيخوخي)، ويرتفع هذا الرقم بعد عمر الـ ٧٥ إلى ٥٠٪، ويجب على الأطباء الانتباه لنقص السمع عند المرضى الذين يطلبون تكرار السؤال.

٤- إساءة معاملة المسنين elder abuse: يتعرض ما يقرب من ١٠٪ من الأشخاص فوق عمر ٦٥ سنة لسوء المعاملة، وقد عرفت الرابطة الأمريكية الطبية إساءة معاملة المسنين على أنه أي فعل أو تقصير يسبب أو يهدد بحدوث أذى لصحة المسن أو لرفاهته. وللإساءة المعاملة أربعة أنواع، هي الإهمال وسوء المعاملة الجسدي والنفسي والجنسي. أما أفعال التقصير فتتضمن حجب الطعام أو الدواء أو اللباس أو غيرها من الضروريات. هذا وتكمن النزاعات العائلية وغيرها من المشكلات وراء الإساءة للمسنين، ويميل الضحايا إلى أن يكونوا مسنين جداً ومدنفين، كما يميل كل من الضحية والمعتدي إلى إنكار حدوث الإساءة أو التقليل من أهميتها. ويتطلب التعامل مع هذه الحالات تداخلات وخدمات قانونية ونفسية واجتماعية.

٥- وفاة الزوج: تبين البيانات الديموغرافية أن نسبة ٥١٪ من النساء و ١٤٪ من الرجال فوق عمر ٦٥ سنة يترملون مرّة واحدة على الأقل، ويشكل فقدان الزوج إحدى أكثر التجارب إثارة للكرب على الإطلاق، ويبلغ الاكتئاب ذروته في الأشهر القليلة الأولى التالية للوفاة؛ لكنه يتراجع على نحو واضح خلال سنة.

المداواة النفسية لاضطرابات الشيخوخة:

ينبغي اتباع الإرشادات العلاجية المسندة بالبراهين عند وصف أي دواء للمرضى المسنين، ومن الأساسي إجراء تقييم طبي كامل قبل البدء بالمعالجة؛ بما فيه تخطيط الدماغ الكهربائي. ومن المفيد على نحو خاص الحصول من قبل المريض أو أفراد العائلة على كل الأدوية التي يتناولها المريض في وقت التقييم، لأن تعدد الأدوية قد يسهم في حدوث الأعراض. ويجب تجزئة الأدوية النفسية إلى ثلاث جرعات متساوية أو أربع خلال ٢٤ ساعة؛ فقد لا يتحمل المرضى المسنون الزيادة المفاجئة في تركيز الدواء في المصل؛ إذا أعطي بجرعة وحيدة، إضافة إلى ضرورة رصد أي تغيرات في النبض أو ضغط الدم أو أي تأثيرات جانبية أخرى. يستثنى من ذلك المرضى المصابون بالأرق الذين قد يعطون الجزء الأكبر من جرعة مضاد الاكتئاب أو مضاد الذهان وقت النوم؛ لما لهذه الأدوية من تأثير مركن ومنوم. وتنفع المستحضرات السائلة من الدواء المسنين الذين لا يستطيعون أو لا يرغبون ببلع الأقراص. ويتوجب على الأطباء إجراء تقييم دوري للمرضى للتأكد من الحاجة إلى جرعات صيانة من الدواء، ولتغيير الجرعات ولرصد التأثيرات الجانبية.

يستخدم المرضى من الفئة العمرية فوق ٦٥ سنة العدد الأعظم من الأدوية مقارنة بأي فئة عمرية أخرى؛ إذ تكتب ٢٥٪ من الوصفات الطبية لهم، وتصنف الأدوية النفسية مع أكثر الأدوية وصفاً جنباً إلى جنب مع الأدوية القلبية والمدرات؛ إذ يذهب ٤٠٪ من كل المنومات الموصوفة في الولايات المتحدة الأمريكية إلى مواطنين تتجاوز أعمارهم الـ ٧٥ سنة. يضاف إلى ذلك أن ٧٪ من الأشخاص الأكبر سناً يتناولون الأدوية من دون وصفات.

مبادئ مداواة المسنين:

تنطوي الأهداف الرئيسة للعلاج الدوائي للمسنين على تحسين نوعية الحياة، والحفاظ على بقاء الأشخاص في المجتمع، وتأخير التحاقهم بدور الرعاية أو تجنب ذلك. ويتطلب العلاج تغيير الجرعات الدوائية بسبب التغيرات الجسدية التي تحدث في الشيخوخة؛ إذ يترافق المرض الكلوي بانخفاض التصفية الكلوية، ويؤدي المرض الكبدي إلى انخفاض القدرة على استقلاب الدواء، ويمكن للمرض القلبي الوعائي ونقص الناتج القلبي أن يؤثرا في كل من التصفية الكلوية والكبدية للدواء؛ إضافة إلى أن المرض الهضمي وانخفاض إنتاج الحمض المعدي قد يؤديان إلى اختلاف الامتصاص الدوائي. وتنقص مع الشيخوخة الطبيعية كتلة الجسم مع زيادة الكتلة الدهنية؛ مما يؤثر في توزع الدواء في الجسم؛ إذ يزداد تخزين الأدوية النفسية المنحلة مما قد يؤدي إلى زيادة مدة التأثير الدوائي على نحوغير متوقع. ترافق ذلك تغييرات في حساسية الأعضاء

الطرفية أو المستقبلات، ومن المهم هنا الانتباه إلى أن نقص فعالية الآليات المنظمة لضغط الدم عند المسنين يزيد من خطورة إحداث الأدوية النفسية لهبوط الضغط الانتصابي.

كقاعدة عامة: ينبغي استخدام أقل جرعة ممكنة لتحقيق الاستجابة العلاجية المطلوبة، ويجب أن يعرف الأطباء الديناميكيات الدوائية pharmacodynamics والحراك الدوائي pharmacokinetic واستقلاب كل دواء موصوف؛ إضافة إلى التداخلات الدوائية مع الأدوية الأخرى التي يأخذها المريض.

المعالجة النفسية للمرضى المسنين:

يجب أن تتوافر المعالجات النفسية المعيارية standard psychotherapies للمسنين، وهي المعالجة النفسية الموجهة للبصيرة، والمعالجة النفسية الداعمة، والمُعالَجَة المَعْرِفِيَّة، والمعالجة الجماعية، والمعالجة العائلية [ر. المعالجات في الطب النفسي]. ولكن - وفقاً لسيغموند فرويد- يعدّ الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم سن الخمسين غير مناسبين للعلاج التحليلي النفسي؛ لأن عملياتهم العقلية تفتقر إلى المرونة.

تساعد المعالجة الموجهة للبصيرة insight-oriented psychotherapy على إزالة عرض محدد، ولها أكبر قدر من الفائدة عندما تُشبع نرجسية المريض، لكنها غير مستحبة إذا كانت ستؤدي فقط إلى بصيرة أن حياة الشخص كانت إخفاقاً مطبقاً وأن التعويض لم يعد ممكناً. تشترك كل المعالجات النفسية بأمور متعلقة بالعمر مثل الحاجة إلى التكيف مع الفقد المتكرر والمتنوع (مثل موت الأصدقاء)، والحاجة إلى الاضطلاع بأدوار جديدة (مثل التأقلم مع التقاعد ومع الانسحاب من أدوار اجتماعية ومهنية)، والحاجة إلى تقبل الموت؛ حيث تعمل المعالجة النفسية على مساعدة المرضى على التعامل مع هذه القضايا وما يحيط بها من مشكلات انفعالية؛ مع مساعدتهم على إدراك التأثير الذي يتركه سلوكهم في الآخرين. وإضافة إلى تحسين العلاقات بين الأشخاص؛ فإن المعالجة النفسية ترفع من احترام الذات والثقة بالنفس، وتقلل مشاعر العجز والغضب، وتحسن نوعية الحياة. فالغاية الرئيسة للعلاج النفسي للمسنين هي مساعدتهم على أن يكون لديهم أقل قدر ممكن من الشكايات، ومساعدتهم على الاحتفاظ بأصدقاء من الجنسين، وعلى إقامة علاقات جنسية عندما يكون لديهم الاهتمام والقدرة. تساعد المعالجة النفسية على تخفيف التوتر؛ ثقافياً كان منشؤه أو بيولوجياً، وتساعد المسنين على العمل واللهو ضمن حدود قدراتهم الحالية، أما عند الأشخاص الذين يعانون خللاً معرفياً؛ فإن المعالجة النفسية تفضي إلى تحسن ملحوظ على المستوى العقلي والجسدي، ويجب أن يكون المعالج أكثر نشاطاً ومرونةً في التعامل مع المسنين منه في التعامل مع الأشخاص الأصغر سناً، كما يجب أن يكون حاسماً بطلب مساعدة طبيب آخر، كطبيب داخلي، أو أفراد العائلة من فور الشعور بأن جهوده عادت غير كافية.

مراجعة الحياة أو المعالجة بذكريات الماضي:

لاحظ روبرت بتلر ميلاً عاماً عند المسنين إلى التفكير بالماضي واسترجاع الذكريات؛ ولاسيما تلك التي يعطونها معاني وأهمية؛ إذ يتذكر المسنون الماضي بدرجات مختلفة باحثين عن معنى لحياة كل منهم وساعين لتسوية صراعات نفسية داخلية ونزاعات في علاقاتهم الشخصية. وتعمل المعالجة بمراجعة الماضي على تعزيز هذه العملية وجعلها مقصودة وأكثر وعياً. وقد يتمكن المعالج من توجيه المعالجة عن طريق تشجيع المريض على كتابة سيرته الذاتية مع مراجعة الأحداث الخاصة ونقاط التحول. وتشمل التقنيات لمّ شمل العائلة والأصدقاء والبحث في التذكارات كألبومات الصور. وقد تم تسجيل فائدة هذه الآلية في حل المشكلات القديمة، وفي رفع القدرة على تحمل الصراع، وفي التخفيف من مشاعر الذنب والخطأ؛ إضافة إلى تعزيز احترام الذات والإبداع وقبول الحاضر.

اضطرابات الشخصية

عبد الرحمن إبراهيم

تُعرّف الشخصية personality بأنها تركيبة من نماذج الاستجابة الانفعالية والفكرية والسلوكية تميز الشخص وتُمَكّن من التنبؤ بكيفية قوبه coping مع مختلف الكروب الداخلية والخارجية المؤثرة في حياته [ر. المعالجات في الطب النفسي]. وتعرّف الجمعية الأمريكية للطب النفسي الشخصية بأنها "الطريق المميزة التي يفكر وفقها الشخص، ويشعر ويتصرف على أساسها، أي إنها النمط المتأصل للسلوك الذي يظهره كل شخص على نحو واعٍ أو غير واعٍ بوصفه أسلوباً لحياته أو طريقة لتكيفه مع المحيط". وللشخصية سمات (خلاّت) traits هي نماذج من التفكير والانفعال والسلوك ثابتة نسبياً مع مرور الزمن، وتختلف من شخص إلى آخر، وتؤثر في التصرفات الشخصية والاجتماعية. إذ يتطور تدريجياً عند كل إنسان نموذج خاص من الاهتمامات والتفاعلات. فإذا علم أحد طلاب الطب مثلاً أن أحد الأساتذة الأطباء - وهو أستاذ كثير الأسئلة - سيقوم بجولة سريرية لتفقد المرضى فإن هذا الطالب يستطيع التنبؤ (على نحو تقريبي): أيٌّ من زملائه سيتصدر المجموعة عند بدء الجولة، وأيٌّ سيتراجع قليلاً إلى الوراء، وأي سيدعي أنه مضطر إلى التغيب وهكذا. وبكلمات أخرى تمكن معرفة سمات شخصية إنسان ما من التنبؤ بسلوكه.

تمثل الشخصية المجموع الكلي لأنماط تفاعل الشخص في الحياة، أي إنها حل وسط بين حاجات الشخص ودوافعه وبين الضوابط التي تنظم تحقيق تلك الحاجات. وقد تكون هذه الضوابط داخلية (مثل الضمير أو الأنا العليا) [ر. المعالجات في الطب النفسي] أو خارجية (مثل القوانين والمتطلبات الواقعية)، ووظيفة الشخصية هي التوفيق بين ضغوط الدوافع الغريزية وقيود الأنا العليا والواقع بغية الحفاظ على علاقة ثابتة ومتبادلة بين الشخص ومحيطه باستخدام ما اكتسبه في أثناء نموه وتطوره من آليات دفاع نفسية ومن أساليب حل المشكلات. وهكذا فإن الشخصية تعكس عادة أساليب انسجام الشخص مع الآخرين، والتي تنشأ من العوامل التي يتأثر بها الشخص في باكورة حياته وتطوره، وتتضمن هذه العوامل تأثيرات المجتمع والثقافة ونمط تربية الطفل.

الشخصية الطبيعية:

لا يوجد اتفاق عام على قائمة لخصائص وسمات تميز الشخصية الطبيعية الناضجة والمتكاملة نفسياً، ولكن يمكن القول إن الشخصية السوية تتصف بوجود إحساس متميز بالهوية والذاتية وتقبل المرء لذاته، والمقدرة على التعلم واكتساب الخبرات وتنمية القدرات العقلية وتوظيفها في التطور والنمو وفق الحاجات الشخصية من دون الإخلال بمتطلبات التكامل والتوافق مع الآخرين، والمقدرة على ضبط النفس في مختلف الظروف والمواقف الحياتية، وعلى التعبير عن المشاعر الإيجابية كالحب والحنان والعطف، وضبط الانفعالات السلبية من عدوانية وقلق وغضب ومخاوف. إضافةً إلى المقدرة على التصرف بتناسق ومرونة واتخاذ المواقف والقرارات على نحو مستقل، ومقاومة الكرب وتعديل الأخطاء، والقيام بأدوار الحياة كابن وأخ وزوج وأب لأسرة وصديق وزميل ضمن مجموعة، وإقامة علاقات اجتماعية دافئة وإيجابية.

اضطراب الشخصية:

يقال بوجود اضطراب شخصية حين تكون سمات الشخصية صلبة وعنيدة وسيئة التكيف وتسبب ضعفاً وظيفياً مهماً أو كرباً ذاتياً. ويغلب أن تبدأ مظاهر اضطراب الشخصية بالظهور في فترة المراهقة أو أبكر من ذلك، وتستمر تلك المظاهر معظم فترة حياة البالغ. وقد تؤدي معالم الشخصية الصارمة وغير المرنة وصعبة التكيف؛ إلى تعطّل واضح في الفعالية الاجتماعية والمهنية، وإلى تضييق مجال استجابة الشخص لمواقف الحياة.

قد لا يشكو المصابون باضطراب الشخصية من أي أعراض؛ بل يكونون عادةً مقتنعين بدوافعهم وبأفكارهم، لذلك فإنهم نادراً ما يلتمسون المساعدة والمعالجة بمبادرتهم الشخصية. ولما كانت مشكلات هؤلاء الأشخاص تتظاهر بسوء التكيف أكثر من تظاهرها بأعراض مرضية نفسية، فإن الكثير من تلك الصعوبات يعزى إلى الضغوط الاجتماعية التي تسفر عن سوء تلاؤم الشخص وتكيفه مع من حوله. أما حين يكون الشخص مقبولاً في محيطه فقد يكون ناجحاً على الرغم من وجود اضطراب الشخصية، فقد يكون المصاب باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية مثلاً أمين مكتبة ممتاز. ولكن تدل بعض الوقائع على أن المصابين ببعض اضطرابات الشخصية قد يكونوا معرضين أكثر من غيرهم للإصابة ببعض الاضطرابات النفسية.

السببيات:

المعروف عن مسببات اضطرابات الشخصية وآلياتها الإمراضية قليل، على الرغم من قدم المعرفة بها وتاريخها الطويل، ومن السببيات الممكنة:

- الاستعداد الوراثي.
- التأثر بالوالدين أو بغيرهم من رموز السلطة المصابين باضطراب الشخصية.
- الظروف التي لا تسمح للسلوك الطبيعي بالتطور، ومثال ذلك: "طفل لأبوين صارمين، غير متعقلين، يرفضان بحزم وإصرار وعناد أي سبب لعدم طاعتهما".
- تعلم الطفل للسلوك المنحرف نتيجة مكافأته على سلوك معيب (كنوب الغضب أو السلوك العدواني)، أو عدم مكافأته عندما يكون مبدعاً.

تصنيف اضطرابات الشخصية:

يشتمل التصنيف العالمي للأمراض في طبعته العاشرة ICD-10 اضطرابات الشخصية في قسم "اضطرابات شخصية البالغين وسلوكهم" (F60- F69)، وهو يتضمن حالات ونماذج سلوكية متنوعة ذات أهمية سريرية وميل إلى الاستمرار، وتظهر تعبيراً عن نمط الحياة المميز للفرد ولطريقة تعامله مع نفسه ومع الآخرين. يبرز بعض هذه الحالات والنماذج السلوكية باكراً في مسار حياة الشخص، نتيجة لاجتماع عوامل بنيوية وخبرات اجتماعية، في حين يكتسب غيرها لاحقاً في الحياة، وتمتاز بأنها نماذج سلوكية متأصلة وثابتة تتظاهر باستجابات صلبة غير مرنة لطَيْف واسع من الظروف الشخصية والاجتماعية. تشذ هذه النماذج السلوكية على نحو مهم عن طرق تفكير شخص عادي وإدراكه وتعامله في البيئة الثقافية نفسها، وتميل إلى أن تكون ثابتة وأن تؤثر في الأداء في مجالات سلوكية ونفسية متعددة، وأن يرافقها غالباً درجة ما من الضيق الشخصي ومن سوء الأداء الاجتماعي. تُجمع هذه الحالات في ثلاث مجموعات هي: اضطرابات الشخصية النوعية (-.F60)، واضطرابات الشخصية المختلطة وغيرها (-.F61))، وتغيرات الشخصية الثابتة (-.F62). ويقتصر هذا البحث على المجموعة الأولى من هذه المجموعات الثلاث، تختلف اضطرابات الشخصية عن تغيرات الشخصية في توقيت ظهور كل منهما وطريقة ظهوره، إذ إن اضطرابات الشخصية هي حالات نمائية تظهر في سن الطفولة أو المراهقة وتستمر في مرحلة الكهولة، وهي ليست ثانوية لاضطراب نفسي آخر أو مرض دماغي، أما تغير الشخصية فيكتسب عادةً بعد التعرض لكرب شديد ومديد، أو يكون تالياً لحرمان بيئي شديد أو لاضطراب نفسي خطير أو لإصابة دماغية.

وقد فرّق التصنيف العالمي للأمراض بين اضطرابات الشخصية والاضطرابات النفسية على نحو يسمح بتشخيص كل منهما عندما يتزامن حدوث اضطراب شخصية ما مع حدوث أي اضطراب نفسي، فيشخص اضطراب الشخصية على المحور الأول والاضطراب النفسي على المحور الثاني في نظام التشخيص متعدد المحاور [ر. الفحص والتشخيص في الطب النفسي].

اضطرابات الشخصية النوعية:

تمتاز اضطرابات الشخصية النوعية بخلل في الميول الشخصية والسلوكية للفرد لا ينجم مباشرةً عن أذية أو مرض دماغي ولا عن اضطراب طبي نفسي آخر، ويشمل عدة مظاهر للشخصية يرافقه غالباً انزعاج شخصي مهم ومشاكل اجتماعية، ويظهر منذ الطفولة أو المراهقة ويستمر طوال الحياة. وتشتمل اضطرابات الشخصية النوعية على:

أولاً- اضطراب الشخصية الزورية paranoid personality disorder.

ثانياً- اضطراب الشَخْصِيَة الفُصامانِيَة schizoid personality disorder.

ثالثاً- اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع antisocial personality disorder.

رابعاً- اضطراب الشخصية غير المستقرة انفعالياً emotionally unstable personality disorder.

خامساً- اضْطِراب الشَّخْصِيَّةِ التَمْثيلِيِّ histrionic personality disorder.

سادساً- اضطراب الشَخْصِيَّة الوَسْواسِيَّة القَهْرِيَّة anankastic personality disorder.

سابعاً- اضطراب الشخصية القلقة (الاجتنابية) anxious (avoidant) personality disorder.

ثامناً- اضطراب الشخصية الاتكالية dependent personality disorder.

ويختلف التصنيف الوارد في النسخة الرابعة من الدليل الإحصائي والتشخيصي DSM-IV قليلاً عن التصنيف العالمي للأمراض إذ يجمع اضطرابات الشخصية في ثلاث مجموعات هي:

١- **مجموعة الشخصيات الغريبة:** وتضم اضطراب الشخصية الزوري واضطراب الشخصية الفصامانية. وفي حين يشتمل DSM-IV على اضطراب شَخْصِية فُصامِيَة، فإن

التصنيف العالمي للأمراض بطبعته العاشرة يضم الشخصية الفصامية إلى مجموعة الاضطرابات الذهانية.

٢- مجموعة الشخصيات الانفعالية: وتضم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع واضطراب الشخصية الحدية واضطراب الشخصية التمثيلية واضطراب الشخصية النرجسية.

٣- مجموعة الشخصيات القلقة: وتضم اضطراب الشخصية الاجتنابية واضطراب الشخصية الاتكالية واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية واضطراب الشخصية غير المحدد. ويستخدم تشخيص "اضطراب الشخصية غير المحدد" لوصف اضطرابات الشخصية التي لا تحقق المعايير التشخيصية لأي من اضطرابات الشخصية النوعي، كما في وجود مظاهر لأكثر من اضطراب شخصية نوعي واحد لا تحقق المعايير الكاملة لأي اضطراب شخصية نوعي لكنها تسبب ضائقة أو اضطراباً مهماً سريرياً في واحد أو أكثر من مجالات الأداء المهمة مثل الأداء الاجتماعي أو المهني.

وتضع النسخة الرابعة من الدليل الإحصائي والتشخيصي DSM-IV المعايير التشخيصية التالية التي يشترط توافرها لتشخيص اضطراب الشخصية:

– نمط ثابت من الخبرة الداخلية والسلوك يشذ على نحو واضح عما هو متوقع بناءً على ثقافة الفرد، ويتظاهر هذا النمط في اثنين (أو أكثر) من المجالات التالية:

- الإدراك (أي طرائق فهم الذات والأشخاص الآخرين والأحداث وتفسيرهم).
- الانفعالات (أي ملائمة الاستجابة العاطفية وامتدادها وشدتها وثباتها).
- الأداء الاجتماعي.
- التحكم بالدوافع والنزوات.

– يكون هذا النمط الثابت صلباً وسائداً في مجال واسع من المواضع الشخصية والاجتماعية.

– يقود هذا النمط الثابت إلى ضائقة أو اضطراب مهم سريرياً في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من المجالات الضرورية للأداء.

– يمتاز هذا النمط الثابت بأنه راسخ ومستمر لفترة طويلة قد ترجع بدايتها إلى المراهقة أو أوائل مرحلة البلوغ، وهو ليس مفسراً كتظاهرة أو اختلاط لاضطراب عقلي آخر، كما أنه ليس ناجماً عن تأثيرات فيزيولوجية لدواء أو لمادة فعالة نفسياً ولا عن حالة طبية عامة مثل رض الرأس.

ويُعرض فيما يلي لأنواع اضطرابات الشخصية النوعية كما وردت في التصنيف العالمي:

أولاً- اضطراب الشخصية الزورية:

السمة الرئيسة التي تسود حياة المصاب بهذا الاضطراب هي نمط من الميل غير المبرر إلى تفسير تصرفات الناس على أنها تحط من قدره أو تهدده عن قصد، ويبدأ هذا الاضطراب في بداية البلوغ ويتظاهر في سياق العديد من التصرفات، من دون أن يصل إلى درجة تحقيق معايير تشخيص الفصام أو الاضطراب التوهمي (أو الزوري). ويشترط لتشخيص اضطراب الشخصية الزورية ألا يكون حدوثه محصوراً بفترة الإصابة باضطراب توهمي أو بالفصام أو باضطراب مزاج أو بتأخر نمائي شامل، وألا يكون مثاراً بمادة مخدرة أو دوائية أو بمرض جسدي. ويشخص اضطراب الشخصية الزورية عند توافر أربعة مما يلي على الأقل:

١- يتوقع المصاب أن يُستَغَلّ أو يُلْحَقَ به الضرر من الآخرين، من دون وجود أساس يبرر ذلك.

٢- يتساءل عن إخلاص أصدقائه ومرافقيه، وعن كونهم أهلاً للثقة، من دون وجود أساس يبرر ذلك.

٣- يستنبط من الحوادث والإشارات البريئة إهانات وتهديدات خفية (مثال: يعتقد أن جاره يرمي النفايات باكراً ليزعجه).

٤- يحمل الضغينة و الحقد أو لا يصفح عن إهانته أو الاستخفاف به حتى لو كانت زلة لسان.

٥- من الصعب أن يأتمن الناس على أسراره بسبب الخوف غير المبرر من استخدامها ضده.

٦- يشعر باستخفاف الآخرين وتجاهلهم له بسهولة، وهو سريع في إظهار رد فعله الغاضب أو هجومه المضاد.

٧- يتساءل عن إخلاص الزوج أو الشريك الجنسي من دون وجود أساس يبرر ذلك.

الانتشار والسير: اشتملت كل تصانيف الاضطرابات النفسية التي نُشرت في القرنين الماضيين على بعض أنواع الاضطرابات الزورية، ومع ذلك ما زالت الاضطرابات الزورية غير مفهومة على نحو جيد، وما زال مدى انتشارها غير معروف لأن المصابين بها نادراً ما يلفتون الانتباه السريري.

هذا الاضطراب أكثر شيوعاً عند الرجال، ونادراً ما يلتمس الشخص ذو الشخصية الزورية المعالجة من تلقاء نفسه، بل إنه يتجنب الصداقات الحميمة، وقد يكون مشاكساً ومتزمتاً ومحباً للخصام، وغالباً ما يعتقد أن ما يصادفه من حوادث

موجهة ضده شخصياً، ولكنه قليلاً ما يصبح عنيفاً أو مؤذياً لأنه يعد من الحكمة الاحتفاظ بأفكاره غير العادية لنفسه. والإسقاط projection والإنكار denial هما الآليتان الأساسيتان للدفاع النفسي في هذا الاضطراب.

يكون الشخص المصاب باضطراب الشخصية الزورية مفرط الحذر على نحو مستمر متوقعاً دائماً أن يستغله الآخرون، ويصعب عليه طوال حياته الثقة بالآخرين؛ بل يبدي شكاً شاملاً نحو الناس بما في ذلك الغيرة المرضية، وهو شديد الحساسية لأي حدث بسيط، (حقيقي أو متخيل)، وسريع في اتخاذ مواقف دفاعية وفي القيام بهجوم مضاد، ويميل إلى تجريم الآخرين ولاسيما الأطباء في كل ما يتعرض له في حياته، لذلك فهو دائماً في المحاكم لحماية حقوقه.

السببيات: ما زالت الأسباب النوعية لهذا الاضطراب غير معروفة، وقد تحدث الشخصية الزورية نتيجة ترافق الاستعداد الوراثي وسوء المعاملة والإهمال في الطفولة المبكرة.

ثانياً- اضطراب الشَخصيِّة الفُصامانِيَّة:

السمة الرئيسة في هذا الاضطراب هي اللامبالاة تجاه العلاقات الاجتماعية، وضيق مجال التجارب العاطفية والتعبير عنها. يبدأ هذا الاضطراب في أوائل مرحلة البلوغ، ويتظاهر في سياق العديد من التصرفات، ويشترط لتشخيصه ألا يكون حدوثه محصوراً بفترة الإصابة باضطراب توهمي أو بالفصام أو باضطراب مزاج أو بتأخر نمائي شامل، وألا يكون مثاراً بمادة مخدرة أو دوائية أو بمرض جسدي. ويشخص اضطراب الشخصية الفُصامانِيَّة عند توافر أربعة مما يلي على الأقل:

١- عدم الرغبة بالعلاقات الحميمة وعدم الاستمتاع بها، بما فيها العلاقات العائلية.

٢- الميل إلى الانشغال بأنشطة فردية لا تتطلب التفاعل مع آخرين.

٣- ندرة أو انعدام الشعور بانفعالات شديدة مثل الغضب أو السرور.

٤- نقص أو انعدام الرغبة في إنشاء علاقة جنسية مع الجنس الآخر (مع أخذ العمر بالحسبان).

٥- عدم المبالاة بإطراء الآخرين أو بانتقاداتهم.

٦- عدم وجود أصدقاء مقربين أو مؤتمنين (أو ربما الاقتصار على صديق واحد) من غير أقارب الدرجة الأولى.

٧- إبداء انفعالات عاطفية محدودة متحفظة وباردة، وعدم إظهار الاهتمام والعطف، وندرة تبادل الإيماءات أو التعابير الوجهية مثل الابتسامات.

الانتشار والسير: يعتقد أن هذا الاضطراب قليل الانتشار في الممارسة السريرية. ويفتقر المصاب به للمهارات الاجتماعية اللازمة للتعبير عن النفس، مما يجعله محدود الفعالية الاجتماعية ويسبب له عجزاً في الوظيفة المهنية.

السببيات: لا يعرف إن كان للاستعداد الوراثي شأن في حدوث هذا الاضطراب، وقد يكون للإهمال والحرمان العاطفي في الطفولة شأن في ذلك.

ثالثاً- اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع:

تمتاز الشخصية المعادية للمجتمع (والتي تسمى أيضاً الشخصية السيكوباتية أو الشخصية المعتلة أخلاقياً أو الشخصية المستهينة بالمجتمع أو الشخصية المعتلة اجتماعياً) بعدم احترام الأعراف والقوانين الاجتماعية، فيشكل المصابون بها مشكلة لأنفسهم وللمجتمع منذ نعومة أظافرهم. فهم غير متوازنين، لا يتحملون المسؤولية، ويواجهون صعوبة في التعامل مع الفشل، وينتقلون من مهنة إلى أخرى لأن المثابرة تنقصهم، ولا يشعرون بالذنب أو بالندم على أخطائهم. كما أنهم لا يقدرون مشاعر الآخرين ولا يتعاطفون معهم، لكنهم قد يكونون شديدي الجاذبية والتأثير في أول لقاء، لذلك فإنه يسهل عليهم إنشاء علاقات اجتماعية وجنسية بسرعة ولكنهم غير قادرين على الاحتفاظ بتلك العلاقات بسبب عدم احترامهم القاسي للآخرين. وهم سريعو الانفعال والاستثارة على نحو قد يقودهم إلى صراعات وصدامات متكررة تشمل الإساءة للزوج وللأولاد جسدياً وعاطفياً.

السمة الرئيسة لهذا الاضطراب هي السلوك اللامسؤول والمعادي للمجتمع. ويبدأ هذا الاضطراب في الطفولة والمراهقة الباكرة ويستمر في الكهولة، ويجب لوضع تشخيص هذا الاضطراب أن يكون عمر الشخص ثمانية عشر عاماً على الأقل ولديه قصة اضطراب تصرف قبل عمر ١٥ سنة. ومع اختلاف التعريفات التي ظهرت عبر قرنين من الزمن، فإن هناك صفات مشتركة تربط فيما بينها. من ذلك أن السلوك المعادي للمجتمع يظهر في سن مبكرة وينزع إلى التكرار والتواتر، إضافة إلى أنه اندفاع لا اجتماعي يجذب الانتباه له عادة من خلال التناقض الكبير بين سلوك صاحب هذا الاضطراب وبين القيم والأعراف الاجتماعية السائدة.

الانتشار والسير: تقدر الدراسات المعاصرة أن نسبة انتشار هذا الاضطراب في الولايات المتحدة الأمريكية هي ٣٪ في الرجال و١٪ في النساء. ويبدو أنه أكثر حدوثاً في الجماعات

ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي المتدني، والمنبوذة من المجتمع والمهملة، والتي تعيش في فقر وحرمان، وتعاني سوء المعاملة. ومن العوامل المؤهبة لحدوثه إصابة الطفل بفرط الحركة مع نقص الانتباه أو باضطراب التصرف في سنوات ما قبل البلوغ، وكثيراً ما يكون لدى آباء المصابين الاضطراب نفسه.

لا يتعلم الأفراد المصابون باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع من أخطائهم، ويبدون غير قادرين على الاستفادة من تجاربهم ومن محاولات علاجهم أو عقابهم. ولكن قد ينضج بعضهم في الثلاثينات أو الأربعينات. كما أن عدم اهتمامهم وعدم مسؤوليتهم لا يظهر بالدرجة نفسها في كل المواقف، فليست كل الالتزامات الشخصية والمالية منكرة وليست كل الوعود غير منجزة، ولا يرافق عدم احترام الحقيقة كل المواقف الحياتية.

لا يشكو أصحاب الشخصية المعادية للمجتمع من انزعاج ذاتي، بل يظهر اضطرابهم بصورة اعتداء مستمر طوال الحياة على قوانين وعادات وأعراف المجتمع. ويشترط لتشخيص اضطراب الشخصية المعادية توافر الشروط الثلاثة التالية:

١- لا يشخص اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع قبل عمر ١٨ عاماً.

٢- يجب وجود سوابق اضطِراب تصَرُّف conduct disorder واضح قبل عمر ١٥ عاماً، يتجلى بثلاثة على الأقل مما يلي:

أ- الغياب غير المشروع عن المدرسة.

ب- الهروب من البيت طوال الليل.

ج- المبادرة بالمشاجرة على نحو متكرر.

د- استخدام السلاح في أكثر من مشاجرة واحدة.

هـ- إجبار أحد ما على الدخول في نشاط جنسي معه.

و- التعامل مع الحيوانات بوحشية وقسوة.

ز- التعامل مع الناس بوحشية وقسوة.

ح- التدمير المتعمد لأملاك الآخرين.

ط- إشعال الحرائق تعمُّداً.

ي- الكذب.

ك- السرقة (مع مواجهة الضحية أو من دون ذلك).

٣- يجب وجود أربعة على الأقل مما يلي بعد عمر ١٥ سنة:

أ- عدم المقدرة على البقاء في عمل ثابت (البطالة أو تكرر التغيب عن العمل من دون مبرر أو ترك العمل على نحو متكرر من دون وجود خطط للالتحاق بعمل آخر).

ب- عدم الالتزام بالمبادئ والمعايير الاجتماعية إضافة إلى عدم احترام القانون والانصياع له.

ج- الهياج والعدوانية التي يُستدل عليها بتكرار المشاجرات ومحاولات الاعتداء.

د- الإخفاق في التخطيط للمستقبل أو التهور، وهذا ما يُستدل عليه بأحد الأمرين التاليين أو كليهما:

- التنقل من مسكن إلى آخر دون تدبير عمل مسبق أو دون هدف واضح.
- عدم وجود عنوان ثابت لمدة شهر أو أكثر.

هـ- لامبالاة وعدم اكتراث بالحقيقة.

و- الاستهتار في العناية بالسلامة الشخصية وسلامة الآخرين.

ز- عدم القدرة على التصرف كوالد مسؤول (عدم الاهتمام بحاجات الطفل الأساسية).

ح- عدم القدرة على الحفاظ على علاقة جنسية واحدة لأكثر من سنة.

ط- الافتقار إلى الضمير أو الشعور بالندم.

السببيات: ما زالت أسباب اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع غير مفهومة على نحو واضح، ولكن يبدو أن كلا التأثيرين البيئي والوراثي مهمان، فغالباً ما توجد قصة اضطراب شخصية معادية للمجتمع عند آباء المصابين ذكوراً أو إناثاً، وأيدت نتائج الدراسات التي أجريت على التوائم وعلى أطفال التبني فرضية الشأن الوراثي في هذا الاضطراب، ولكن لا يوجد أي إثبات يدلّ على أذية دماغية تسهم في حدوث اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، في حين يعد بعض المؤلفين أن العوامل النفسية والاجتماعية مسؤولة على نحو رئيسي عن تطور اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع. تُستنتج أهمية العوامل الاجتماعية من كثرة انتشار اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في المجتمعات ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المتدني، والتي تتصف بتفكك الروابط الأسرية وبشيوع تعاطي الكحول وبالإجرام. أما بالنسبة إلى العوامل النفسية فهناك ارتباط بالحرمان من الأم في السنوات الخمس الأولى من الحياة ، وخلل في تكون الأنا العليا نتيجة لتعزيز الوالدين للسلوك المعادي للمجتمع عند طفلهما خلال سني تطوره.

رابعاً- اضطراب الشخصية غير المستقرة انفعالياً:

هو اضطراب في الشخصية يتضمن ميلاً شديداً نحو التصرف المندفع من دون مراعاة العواقب، إضافة إلى مزاج متقلب وغير مستقر، وإلى ضعف القدرة على التخطيط

للمستقبل، وانفجارات غضب شديدة كثيراً ما تؤدي إلى العنف أو إلى "انفجارات سلوكية"، ويسهل وقوع هذه الانفجارات إذا ما تعرضت أفعال المريض الاندفاعية إلى نقد أو اعتراض من الآخرين.

هناك نمطان متباينان لهذا الاضطراب في الشخصية، يشترك كلاهما في سمة عامة هي الاندفاع وفقد القدرة على ضبط النفس.

١- النمط الاندفاعي impulsive type:

الخصائص البارزة هي عدم الاستقرار الانفعالي وفقد القدرة على الضبط في النزوات، ومن الشائع حدوث السلوك التهديدي أو انفجارات العنف استجابةً للنقد من الآخرين.

٢- النمط الحدي borderline type:

يمتاز بالعديد من خصائص عدم الاستقرار الانفعالي إضافةً إلى عدم وضوح أو اضطراب تصور الشخص لنفسه ولأهدافه ولميوله الداخلية (بما فيها الجنسية)، كذلك فإن الاستعداد للدخول طرفاً في علاقات عنيفة وغير مستقرة قد يؤدي إلى أزمات عاطفية متكررة، وقد تصاحبه جهود مكثفة لتجنب الإبعاد وسلسلة من التهديدات بالانتحار أو الإقدام على إيذاء النفس (وإن كانت هذه الظواهر قد تحدث أيضاً من دون عوامل مؤهبة واضحة).

السمة الرئيسة في هذا الاضطراب سيادة التقلقل في حياة المصابين به وعدم استقرار المزاج وصورة الذات والعلاقات مع الأشخاص، ويظهر عدم الاستقرار في عدد من النواحي كتقلب الرأي السريع بين المثالية وبين الاستهانة بالآخرين، وتقلب المزاج بين المزاج الطبيعي وبين مشاعر شديدة من الاكتئاب أو الغضب أو القلق. ويبدو عدم استقرار السلوك بشكل أفعال نزقة غير متوقعة يغلب أن تكون مسيئة للذات (كثرة الأكل، تعاطي العقاقير، طيش جنسي) وقد تكون مؤذية للجسد (كثرة التعرض للحوادث والشجارات، تجريح الجسد بأدوات حادة، محاولات الانتحار). ويبدو عدم ثبات الهوية الذاتية على شكل عدم تأكد الفرد من صورة جسمه ومن هويته الجنسية وأهدافه الشخصية والمهنية طويلة الأمد، مع عدم تحمل البقاء وحيداً، وشعور مزمن بالفراغ والملل.

يبدأ هذا الاضطراب في أوائل مرحلة البلوغ ويتظاهر في سياق العديد من التصرفات، ويشخص عند توافر خمسة مما يلي على الأقل:

أ- نموذج من العلاقات الانفعالية الشديدة وغير المستقرة مع الآخرين يتميز بالتبدل من المثالية الزائدة إلى انحطاط القيم.

ب- التهور في ممارسة أمرين على الأقل في الأمور التالية المؤذية للنفس مثل: التبذير، وممارسة الجنس، وسوء استخدام المواد الفعالة نفسياً، وسرقة السلع من المتاجر، والقيادة المتهورة، وتناول الطعام بطريقة معيبة شرهة، والسلوك الانتحاري المشوه للذات.

ج- عدم استقرار وجداني affective instability يتظاهر بتقلبات واضحة في المزاج نحو الاكتئاب أو الهيوجية أو القلق تستمر عادة بضع ساعات ومن النادر أن تستمر أكثر من بضعة أيام.

د- الغضب الشديد وغير الملائم للموقف أو عدم ضبط النفس، وإبداء انفعالات متكررة، وغضباً مستديماً وحدة في الطباع والتورط في مشاجرات متكررة.

هـ- اضطراب واضح ومستمر في الهوية الذاتية يتظاهر بالريبة والشك باثنين على الأقل مما يلي: صورة الذات، والتوجه الجنسي، والأهداف المستقبلية أو اختيار المهنة، ونوع الأصدقاء المرغوب بهم، والقيم المفضلة.

و- أحاسيس مزمنة بالفراغ emptiness والضجر.

ز- محاولات مسعورة لتجنب الهجر الحقيقي أو المتخيل.

ح- سلوك انتحاري أو تهديدات متكررة بالانتحار وإيماءات وتصرفات موحية به، أو أفعال مشوهة للذات.

الانتشار والسير: يبدو أن هذا الاضطراب شائع الانتشار، وأكثر ما يشخّص عند النساء. وقد يرافقه تظاهرات لاضطرابات الشخصية الأخرى مثل الشخصية التمثيلية أو الشخصية المعادية للمجتمع. كما يشيع الاكتئاب ويرتفع معدل الانتحار. وتشير الدلائل المعاصرة إلى احتمال حدوث تحسن تدريجي مع التقدم بالعمر.

خامساً- اضْطِرابُ الشَّخْصيَّةِ التَّمْثيلِيّ:

يتسم المصابون بهذا الاضطراب بالحيوية والتمثيلية، ويحاولون دوماً جذب الانتباه لهم ويميلون إلى المبالغة في علاقاتهم مع الآخرين فغالباً ما يؤدون دور الضحية أو الأميرة مثلاً من دون وجود وعي لذلك، ويستطيعون تأسيس صداقات بسرعة ولكن ما إن تبنى العلاقة حتى تظهر تصرفاتهم متمركزة حول لذاتهم ومن دون مراعاة لحقوق الآخرين، فهم توّاقون إلى البدع والإثارة ولكن سرعان ما يشعرون بالملل من الحياة المتوالية العادية. وهم بحاجة دائمة إلى الطمأنينة بسبب شعورهم بالضعف والاعتمادية كما أن أفعالهم غير ملائمة وقد يساء تفسيرها من قبل الآخرين، ويحاولون في علاقاتهم السيطرة على الجنس الآخر أو الشروع في علاقة اعتمادية معه، وكثيراً ما تراهم يحلقون في خيال رومانسي

خصب، ولكن سرعان ما يدرك الآخرون أن جاذبية هؤلاء الأشخاص سطحية وغير ثابتة.

يبدي هؤلاء الأشخاص عادة اهتماماً قليلاً بالتعلم وبالتفكير التحليلي، وهم ذوو خيال خصب، وحساسون يتأثرون بسرعة وسهولة بالآخرين أو بالبدع، وقابلون للإيحاء، ويثقون بالآخرين ثقة زائدة، ويبدون استجابة مبدئية إيجابية لأي صورة من صور السلطة القوية، إذ يظنون أن هذه السلطة ستقدم لهم حلاً سحرياً لمشكلاتهم، وهكذا فهم يتبنون قناعاتهم بحزم وسرعة، كما أن محاكمتهم العقلية للأمور ليست متأصلة أو راسخة.

السمة الرئيسة في هذا الاضطراب هي نمط من الانفعالية الزائدة والمغالية إلى درجة الإفراط مع طلب انتباه الآخرين يسود حياة المصابين به. لهؤلاء المرضى طلبات كثيرة ممن حولهم، وهم يبدون انفعالات عاطفية اندفاعية شديدة بحثاً عن الحب والاهتمام، ويعتنقون بسرعة الأفكار الجديدة بهدف كسب تعاطف الآخرين الذي قد يأتي مديحاً رقيقاً أو إعجاباً صريحاً. أما الإخفاق في الوصول إلى صداقة أو استلطاف الآخرين فقد يثير ارتكاساً أقل لطفاً مثل ثورة الغضب وغيرها من صور السلوك التمثيلي الذي يجلب الانتباه، والدموع التي تجلب التعاطف، ولكن تبقى هذه المشاعر سطحية وسريعة الزوال. فمع أنهم قد يهددون بالانتحار حين لا تُشبع حاجاتهم العاطفية، نادراً ما تكون تلك التهديدات - أو حتى المحاولات - جدية، والغاية منها عادةً جلب الانتباه والتعاطف، أو إرغام الآخرين على الإذعان لمطالبهم. والكبت هو آلية الدفاع النفسية الكبرى في الشخصية التمثيلية، لذلك فقد تشاهد أيضاً أعراض تحويلية [ر. الطب النفسي الجسدي].

يبدأ هذا الاضطراب في بداية البلوغ ويتظاهر في سياق العديد من التصرفات ويشخص حين توافر أربعة مما يلي على الأقل:

١- ينشد المصاب بهذا الاضطراب باستمرار الطمأنة والاستحسان والمديح من الآخرين.

٢- يتصف سلوك المصاب ومظهره بإغواء جنسي غير ملائم.

٣- يتركز اهتمام المصاب على نحو كبير على جاذبيته الجسدية.

٤- يعبّر المصاب عن انفعالاته بصورة مبالغ فيها وغير ملائمة للموقف، مثال ذلك أن المصاب بهذا الاضطراب يعانق بحرارة شخصاً يعرفه معرفة شخصية عارضة، ويعاني بكاءً شديداً عند التعرض لمواقف عاطفية بسيطة، ويبدي ثوراتٍ من الغضب غير مبررة.

٥- تزعج المصاب المواقف التي لا يكون فيها محور اهتمام الآخرين.

٦- يبدي المصاب تبدلاً سريعاً وسطحياً في التعبير عن انفعالاته.

٧- يتصف بأنه أناني، وتهدف أفعاله إلى الإشباع الفوري لمتطلباته، ولا يتحمل الإحباط الناجم عن تأخير إشباع رغباته.

٨- يتسم أسلوب كلام المريض بميله إلى أن يكون انطباعياً ووصفياً ومفتقراً إلى التفاصيل، فلو طُلب منه أن يصف والدته قد لا يستطيع وصفها بأكثر من قوله "لقد كانت امرأة جميلة".

٩- يتأثر بالإيحاء، ويتأثر بسهولة وسرعة بالآخرين أو بالظروف.

الانتشار والسير: هذا الاضطراب شائع على نحو واضح وأكثر ما يشخّص عند الإناث. وكثيراً ما يشتكي المصابون بهذا الاضطراب من مشكلات صحية (مثل الضعف أو الصداع) أو من مشاعر ذاتية من تبدد الشخصية، وقد يعاني هؤلاء أعراضاً ذهانية عابرة حين التعرض للكروب.

يميل صاحب الشخصية الهستريائية إلى المبالغة في شكواه الجسمية ويصفها ببراعة، فصداعه لا يُحتمل وأعصابه محطّمة وأمله بالمستقبل معدوم ولابد له من إنهاء حياته، ولكنه مع كل ذلك مقتنع بأنّ طبيبه سيساعده، وأن طبيبه هو الشخص الوحيد الذي يفهمه. يولد هؤلاء الأشخاص عند الطبيب شعوراً بالغبطة بادئ ذي بدء؛ ولكن سرعان ما يزول ذلك الشعور لأن المريض يقدم كل ما عنده في المقابلة الأولى. وقد يقوم أصحاب هذه الشخصية بسلوك مغناج ومغوٍ يوجب على الطبيب الحذر والتنبه لأن هؤلاء الأشخاص نادراً ما يبحثون عن علاقات مستقرة ذات مغزى، بل إنهم يتغلبون على المشاعر الحزينة - كالوحدة والقلق والشعور بالذنب - عبر ايماءات تلفت نظر الآخرين.

سادساً- اضطراب الشَخْصِيَّة الوَسْواسِيَّة القَهْرِيَّة:

أصحاب الشخصية الوسواسية القهرية هم أشخاص محبون للنظام والترتيب وينشدون الكمال في عملهم. وهم دقيقون وصارمون وذوو ضمير حي ويمكن الاعتماد عليهم، ولكن يصعب عليهم التعامل مع التغيرات الفجائية، ويبدون للآخرين كمحبين للشغب، متصلبين ومفرطي الصرامة والاستقامة. وهم كثيرو الاهتمام بالترتيب والنظافة والأناقة،

وشديدو الالتزام بالقوانين والتعليمات، ويعيشون حياةً رتيبة ويحبون أن يجدوا كل الأشياء في أماكنها وأن يجدوا أماكن لكل شيء، فلوحة جدارية منحرفة قليلاً يجب أن تعاد إلى وضعها السليم. هم عنيدون ومقتصدون إلى درجة البخل وأكثر اهتماماً بالحقائق والأرقام من المشاعر، لذلك قد يبدون باردين عاطفياً.

على الرغم من نشاط صاحب الشخصية الوسواسية القهرية فإن حاجته إلى الكمال تجعله متردداً وتسبب له إعاقة وتحرمه من الرضى عن أدائه المهني مهما كانت جودة ذلك الأداء، وقد تمنعه من الاستفادة من إجازة مرضية حتى عقب الإصابة بأزمة قلبية. وهو لا يطلب الكمال من نفسه فقط، بل من الآخرين أيضاً، لذلك فقد يطلب أموراً غير منطقية من أفراد العائلة ومن زملاء العمل. وتدخل كل هذه الميول الكمالية في العلاقة بين المريض والطبيب فيصل المريض إلى عيادة الطبيب قبل الموعد، ويصر على عرض قصة مرضه بتفاصيل مملة، ويكثر من الأسئلة للتأكد من أمور قليلة الأهمية.

وبذلك فإن السمة الرئيسة في هذا الاضطراب هي نمط من الكمالية والتصلب يبدأ في بداية البلوغ ويسود حياة المصابين به، ويتميز بطغيان الانشغال بالترتيب وبإتمام العمل وبضبط النفس على حساب المرونة والانفتاح والإنتاج. ويشخص اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية عند توافر خمسة على الأقل مما يلي:

١- سعي الكمال يعوق إتمام الشخص لواجباته، مثل العجز عن إنهاء مشروع ما بسبب نزعة لإتقان العمل بمعايير دقيقة جداً لا يمكن تحقيقها.

٢- الاستغراق والانشغال بالتفاصيل والقوانين واللوائح والترتيب والتنظيم والجداول أو البرامج إلى درجة يضيع معها الموضوع الرئيس للعمل أو النشاط الذي يقوم به.

٣- الإصرار غير المنطقي على خضوع الآخرين التام لطريقة المريض في تنفيذ الأشياء، أو المعارضة غير المنطقية التي لا تسمح للآخرين بتنفيذ الأشياء بسبب اقتناعه المسبق بأنهم لن يؤدّوها بإتقان وعلى نحو صحيح.

٤- التفاني الزائد في العمل والإنتاجية إلى درجة التخلي عن الصداقات وأوقات الراحة.

٥- عدم اتخاذ القرارات أو تأجيلها بسبب التردد وكثرة التفكير بالأولويات.

٦- فرط محاسبة الذات في العمل، والدقة وكثرة الشك والتصلب فيما يخص المسائل الأخلاقية والمثل والقيم.

٧- ضيق مجال التعبير عن العواطف، وعناد غير مبرر في التشبث بالمواقف.

٨- الاقتصاد في بذل الوقت أو المال أو الهدايا حين لا يعود ذلك بفائدة شخصية، والاعتقاد بأنه لا بدّ من ادّخار المال كله لمواجهة مصائب المستقبل.

٩- العجز عن التخلي عن أشياء بالية أو قديمة حتى لو كانت معدومة القيمة مادياً ومعنوياً.

الانتشار والسير: يبدو أن اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية شائع، وأكثر حدوثاً عند الذكور منه عند الإناث. ويتصف المصابون به بالتشاؤم وبعدم إدراك أن سلوكهم هو المسؤول عن الصعوبات التي يواجهونها، وقد يصاب بعضهم بالاضطراب الوسواسي القهري أو بداء المراق أو باضطراب اكتئابي. ويبدو الكثير من ملامح الشخصية الوسواسية القهرية واضحاً عند من يصاب باحتشاء العضلة القلبية وخاصة المرضى الذين يتصفون بسمات الشخصية من النمط أ [ر. المعالجات في الطب النفسي]. ولكن الإنذار متغير ولا يمكن التنبؤ به، فقد ينجح الأشخاص ذوو الشخصية الوسواسية القهرية إذا أتيح لهم العمل في مواقع تتطلب الدقة والترتيب والتفرغ.

السببيات: يعتقد بعض الباحثين أن الشخصية الوسواسية القهرية هي نتيجة مواجهة انضباط مفرط وقسوة وحزم كبيرين في أثناء الطفولة، إذ تتميز الحياة العائلية بكبت العواطف وبانتقاد أعضاء الأسرة الذين يعبرون عن غضبهم. وتقول نظرية التحليل النفسي بأن صفات الشخصية الوسواسية القهرية تتطور عند الطفل في أثناء فترات التدريب على استخدام المرحاض (المرحلة الشرجية من التطور النفسي الجنسي)، في حين يعد أريكسون أن هذه الصفات هي نتيجة إخفاق في تجاوز مرحلة "الاستقلالية أو الشك بالنفس" من مراحل التطور النفسي الاجتماعي.

سابعاً- اضطراب الشخصية القلقة (الاجتنابية):

يمتاز صاحب اضطراب الشخصية القلقة أو الاجتنابية بحساسية مفرطة لاحتمال النبذ أو الإذلال أو التخجيل من قبل الآخرين، وينهار لأخف انتقاد بسبب انخفاض تقييمه لنفسه. وعلى الرغم من رغبته بالتفاعل الاجتماعي وبالحصول على تقبل الآخرين له، فإنه يميل إلى الانسحاب من العلاقات الاجتماعية والعلاقات الشخصية الحميمة، وقد يُظهر أعراضاً رهابية صريحة تزيد عزلته الاجتماعية.

السمة الرئيسة في هذا الاضطراب الجبن والخوف والشعور بالقصور وبعدم الكفاية، والخشية من التقييم

السلبي في المواقف الاجتماعية على نحو يُثبِّط النشاطات الاجتماعية. يبدأ هذا الاضطراب في فترة البلوغ ويستمر طوال الحياة **ويُشخص بتوافر أربعة على الأقل مما يلي:**

١- يتأذى المصاب بهذا الاضطراب بسهولة من انتقاد الآخرين له أو من عدم استحسانهم لتصرفاته.

٢- ليس لديه أصدقاء مؤتمنون أو مقربون (ربما صديق واحد) من غير أقارب الدرجة الأولى. فهو يبدي تحفظاً ضمن العلاقات الودية بسبب الخوف من أن يكون موضع استهزاء وخجل.

٣- لا يرغب بإقامة علاقات مع الآخرين ما لم يكن متأكداً من أنه سيكون محبوباً.

٤- يتجنب النشاطات الاجتماعية أو المهنية التي تتطلب احتكاكاً مهماً مع الآخرين، فقد يرفض الترقية الوظيفية التي تزيد واجباته الاجتماعية.

٥- يتصف بكونه كتوماً لخوفه من التفوه بأشياء غير ملائمة أو تتسم بالحماقة أو لخوفه من العجز عن الإجابة عن سؤال يوجه إليه، لذلك فهو مثبط في العلاقات الاجتماعية.

٦- يخاف عند مواجهة الآخرين من أن يرتبك على نحو يؤدي به إلى البكاء والخجل وظهور علامات القلق. فهو ينظر إلى ذاته على أنه غير كفء أو ناقص في أعين الآخرين ولا يسترعي الانتباه.

٧- يضخم الصعوبات والمخاطر الجسدية والمتاعب التي قد يلاقيها حين تأدية عمل عادي خارج نطاق الأعمال المتوالية المعتادة، فقد يلغي خططاً اجتماعية لأنه يتوقع أن يصاب بالإعياء إذا بذل الجهد لتأديتها.

الانتشار والسير: هذا الاضطراب شائع الحدوث، وفيه يتوق المصاب إلى نيل محبة الآخرين وقبولهم، ولكنه يعاني اكتئاباً وقلقاً وغضباً من نفسه لإخفاقه في إقامة علاقات اجتماعية، وقد تحدث رهابات محددة.

ثامناً- اضطراب الشخصية الاتكالية:

السمة الرئيسة في هذا الاضطراب، هي حاجة الشخص الزائدة والسائدة إلى عناية الآخرين به، مما يؤدي إلى خضوع مذعن لمن يرعاه، وإلى خوف من الانفصال عنه على نحو يسود حياته. يبدأ هذا الاضطراب في أوائل مرحلة البلوغ، ويوجد في مختلف البيئات، ويتظاهر في سياق العديد من التصرفات، ويُشخص بتوافر خمسة على الأقل مما يلي:

١- يعجز المصاب عن اتخاذ قراراته اليومية من دون النصح والطمأنة الزائدة من الآخرين.

٢- يسمح للآخرين باتخاذ أغلب قراراته المهمة (مثل: مكان عيشه، ونوع عمله).

٣- يوافق المصاب الآخرين على آرائهم على الرغم من اعتقاده أنهم مخطئون وذلك خوفاً من أن يرفضوه.

٤- يجد صعوبة في البدء بمشاريع خاصة أو القيام منفرداً بعمل ما بسبب فقد الثقة الذاتية بالمحاكمة والقدرات وليس بسبب فقد الحافز والنشاط.

٥- يبالغ في طلب الرعاية والدعم من الآخرين إلى درجة التطوع للقيام بأعمال مزعجة أو مزرية بهدف كسب ودهم ومحبتهم.

٦- يشعر بالانزعاج وعدم الراحة أو العجز حين يكون وحيداً، ويسعى بأقصى استطاعته إلى تجنب الوحدة بسبب مخاوفه المتفاقمة من عدم القدرة على رعاية نفسه.

٧- يشعر بالعجز وتتحطم معنوياته عندما تنقطع علاقاته الحميمة؛ لذلك يسعى بإلحاح إلى إقامة علاقة صداقة أخرى كمصدر للرعاية والدعم حالما تنتهي علاقة حميمة.

٨- غالباً ما تستحوذ على تفكيره مخاوف هجر الآخرين له؛ فينشغل انشغالاً وهمياً وغير واقعي بالخوف من أن يترك للعناية بنفسه.

٩- يتأذى بسهولة من انتقاد الآخرين له أو عدم استحسانهم لتصرفاته.

الانتشار والسير: هذا الاضطراب شائعٌ وأكثر ما يُشخَّص عند النساء، وقد يؤهب لحدوثه كلٌ من اضطراب قلق الانفصال والمرض الجسدي المزمن.

معالجة اضطرابات الشخصية:

تتميز معالجة اضطرابات الشخصية بأنها صعبة بسبب افتقار المرضى إلى الدافع الأساسي للتغيير، إذ قد تطغى مكافأة المريض على سلوكه على شعوره بالاضطراب، كما في حصول الشخص المصاب باضطراب الشخصية التمثيلية على الاهتمام المرغوب من الآخرين، أو حصول المصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع على مكاسب نتيجة خرقه للقوانين. ويلتمس هؤلاء المرضى المعالجة عادةً إما بسبب القلق الذي يظهر على نحو ثانوي استجابة للمضاعفات الاجتماعية لسلوكهم، أو تحت ضغط شخص آخر مثل أحد الوالدين أو الزوج أو رب العمل، أو بسبب عدم رضاهم عن بطء تطور نمط حياتهم. ويغلب أن يطلب المصابون باضطراب الشخصية القلقة (التجنبية) المعالجة حين تتطلب حياتهم أداءً مستقلاً أو بعض الاستقلالية الذاتية، ويجب على المعالج أن يتذكر ميل المريض إلى إلقاء

المسؤولية على الآخرين بما فيهم المعالج.

اتُّبعت في معالجة اضطرابات الشخصية طرائق المعالجة النفسية الديناميكية والمعالجة السلوكية المعرفية والمعالجة الدوائية [ر. المعالجات في الطب النفسي]. ويجب دائماً الانتباه لظاهرتي الإنقال والإنقال المعاكس عند التعامل مع المصابين باضطرابات الشخصية، كما يجب الانتباه لما يثيره هؤلاء الأشخاص عند المعالج من مشاعر غيظ وامتعاض قد تعوق خلق التحالف العلاجي المرغوب به لتسهيل التغيير. ويجب على المعالج تذكر أن هؤلاء الأشخاص يحتاجون إلى قدوة تثقفهم في تأثيرهم العاطفي في الآخرين. وعلى نحو عام يجب على المعالج أن يبقى مرناً وأن يكون مستعداً للقيام بأي دور فعالٍ في إطار المعالجة، فقد تقتصر المعالجة على تدبير السلوك السيء بدلاً من مناقشة حياة المريض الخاصة.

تتطلب معالجة **اضطراب الشخصية الزورية** بناء علاقة علاجية موثوقة مع المريض ومشاركته في اتخاذ القرارات العلاجية، ويفضل تجنب المعالجة النفسية الجماعية لأنها قد تثير حساسية الشخص الزوري، وتفيد الأدوية المضادة للذهان والأدوية المضادة للاكتئاب لعلاج الخوف أو القلق أو الاكتئاب.

كذلك يجب على المعالج محاولة بناء الثقة مع المريض المصاب **باضطراب الشخصية الفصامية** عن طريق تأسيس علاقة علاجية موجهة دينمياً نفسياً، وقد تفيد الأدوية النفسية فتستخدم الأدوية المضادة للذهان عند ظهور أعراض ذهانية، والأدوية المضادة للاكتئاب إذا ظهرت أعراض الاكتئاب أو القلق.

وتمتاز معالجة **اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع** بالصعوبة لأن المصابين به ينقصهم الحافز للعلاج، وقد تم تجريب الكثير من المعالجات النفسية الفردية والجماعية والعائلية، كما أظهرت المحاولات العلاجية الدوائية نتائج متضاربة.

ويصعب التعامل مع الأشخاص المصابين **باضطراب الشخصية غير المستقرة انفعالياً** ولاسيما من النمط الحدي؛ فقد يبدون إعجاباً شديداً بالطبيب في اليوم الأول ليتصرفوا معه بغضب وإساءة في اليوم التالي. ويتضمن سلوكهم المحطم لذاتهم ميلاً إلى معاكسة الآخرين واستفزازهم ولاسيما الأطباء؛ مع أنهم لا يتحملون النبذ وقد يصبحون انتحاريين إذا لم يتجاوب الطبيب معهم بالطريقة التي يريدون؛ فقد يطلب أحدهم الطبيب في أي وقت في النهار أو الليل ثم يدّعي أن الطبيب لم يهتم به، مما قد يدفعه إلى رفض أخذ الأدوية أو إلى تناول الأدوية بجرعات ضخمة للانتحار. وقد يكون سلوكهم مسيئاً للطبيب الذي يجب ألاّ ينسى أن ذلك السلوك هو نتيجة اضطراب عقلي مهم، وأن هؤلاء المرضى بحاجة ماسة إلى علاقة علاجية متزنة. وتعتمد معالجة هؤلاء الأشخاص على مشاركة المعالجة الدوائية مع المعالجة النفسية في سياق تطوير علاقة داعمة مع المعالج الذي يجب أن يكون متيقظاً باستمرار لمواضيع الإنقال المعاكس. ومن المهم عند معالجة هؤلاء المرضى وضع أهداف واقعية للعلاج، وإظهار حساسية نحو الكروب التي تزعج المريض مع وضع حدود سلوكية صارمة، وتجنب استعمال الأدوية غير الضرورية والأدوية التي قد تسبب الإدمان. تعتمد المعالجة النفسية على توفير علاقة علاجية واضحة بهدف مساعدة الشخص على التكيف الاجتماعي التدريجي، وترتكز طرائق المعالجة النفسية المعاصرة على نحو أساسي على التقنيات السلوكية المعرفية للتشجيع والتثقيف وإيجاد البدائل، فيطلب إلى المريض التعهد بإنقاص تصرفاته المؤذية للذات، مع تثقيفه عن الطبيعة سيئة التكيف لمثل تلك التصرفات. أما عند استخدام المعالجة بالأدوية النفسية فقد تفيد الأدوية المضادة للذهان بجرعات صغيرة في حالات الغضب والعدائية والريبة والشك. قد تفيد مضادات الاكتئاب في أثناء نوبات الاكتئاب، وقد يستفيد المرضى ذوو تقلبات المزاج ثنائية القطب من الليثيوم، ولكن يجب تجنب مثبتات المزاج المضادة للصرع مثل كاربامازيبن carbamazepine لأنها قد تزيد التهور.

تتطلب معالجة **اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية** وقتاً طويلاً وجهداً مكثفاً. وقد اتبعت في هذا المجال طرائق المعالجة النفسية الديناميكية والمعالجة السلوكية المعرفية والمعالجة الدوائية. كما استخدمت في معالجة اضطراب الشخصية القلقة عدة طرائق؛ إذ تعمل المعالجة النفسية الديناميكية على تلطيف حدة الخوف المرتبط بصراعات لا واعية، وتعتمد المعالجة السلوكية على التدريب على المهارات الاجتماعية لزيادة ثقة المريض بنفسه، وعلى إزالة التحسس التدريجية للمواقف الاجتماعية، وقد تفيد أساليب المعالجة المعرفية في تقليص الأفكار التلقائية التي تنقص ثقة المريض بنفسه أو تزيل هذه الأفكار.

المعالجات في الطب النفسي

محمد أديب العسالي

لكلمة "معالجة" في الطب النفسي معنى أوسع من معناها في الطب الجسدي؛ ذلك لأن عدم معرفة أسباب نوعية للاضطرابات النفسية يضع الطبيب النفسي في موقف يشبه موقف الطبيب الجسدي قبل نحو مئة سنة، ويوسع مفهوم المعالجة؛ ليشمل جميع التداخلات التي قد تُحسِّن حالة المريض النفسية والعقلية، وتساهم في إعادة تأهيله وفي عودته إلى المجتمع. فهناك تداخلات تستخدم في الاضطرابات النفسية الحادة (مثل الأدوية)، وتداخلات تستخدم بعد انتهاء الاضطراب الحاد (مثل المعالجات النفسية)، وتُشارك بعض التداخلات تداخلات أخرى بغية تحسين استجابة المريض (مثل الأدوية التي تساهم في إعادة ربط المريض بالواقع، فتساعده على الاستفادة من العلاج النفسي ومن برامج إعادة التأهيل). ويُقصد بالتداخل هنا كل الأعمال والإجراءات المستخدمة من قبل مقدمي الرعاية الطبية النفسية لتقديم أفضل ما يمكن من الخدمات المجدية والفعالة لأي شخص يطلب الرعاية الطبية النفسية. وتشتمل التداخلات على كل الأفعال التي قد تفيد الشخص مثل العلاج الدوائي والعلاج النفسي وغيرها من التداخلات التي قد تساعد المريض على استعادة صحته؛ إذ يُعاني طالبو الرعاية الطبية النفسية عادةً مشكلات عيش تفاقم ضائقتهم النفسية، ويجب التعامل مع مشكلات العيش هذه، ولكن طرائق التعامل معها قد تختلف عما هو دارج في الرعاية الصحية: فمثلاً، قد تراجع مريضة؛ لأنها "تُفكّر كثيراً"، وبعد المقابلة والفحص يجد الطبيب أنها مصابة بالاكتئاب، ويرى أنه من المناسب وصف دواء مضاد للاكتئاب، ولكن المشكلة التي أثارت الاكتئاب عندها هي التعرض للضرب على نحو متكرر في المنزل؛ مما يوجب التعامل مع مشكلة الضرب إضافةً إلى العلاج المضاد للاكتئاب من أجل مساعدتها على استعادة عافيتها. يُستنتج من ذلك أن التداخل الطبي النفسي هو أكثر من مجرد وصف الأدوية، فلكل شخص مجموعة نوعية من الخواص والقيم الشخصية والعائلية والاجتماعية والثقافية والبيولوجية والروحية، ومن الضروري تقييم كل ذلك قبل تحديد التداخلات اللازمة. ورغم أن الاكتفاء بكتابة وصفة دواء قد يبدو أسرع وأسهل؛ فإن التداخل الخاطئ أو الناقص هو إضاعة لجهد الطبيب ووقته وإطالة لا مسوّغ لها لأمد معاناة المريض. كذلك، يجب عدم التسرع بوصف تداخلات غير لازمة تحت أي ضغط، فقد يتعرض الطبيب لضغوط شديدة من قبل عائلة مراهق؛ لكي يصف له دواءً مضاداً للذهان بهدف جعله أكثر تعاوناً حتى لو لم يكن مصاباً باضطراب يتطلب دواءً مضاداً للذهان. يجب على الطبيب في مثل هذه الحالة مساعدة الأسرة على إيجاد طرائق بديلة للتواصل والتعامل مع ابنها؛ فمن المبادئ الأساسية لأي معالجة أن يُعامل أي شخص على أساس أنه فرد يستحق الاحترام.

أسس تقديم الرعاية الطبية النفسية:

يتطلب تقديم الرعاية الطبية النفسية لمن يطلبها في سورية وغيرها من الدول العربية اتباع الأصول المتبعة في أرجاء العالم كافة. فالطبيب (وغيره من المعالجين) يعالج مراجعيه؛ لأنه قد حصل على ثقة أولئك المراجعين وعلى ترخيص من المجتمع بأنه مؤهل وقادر على تقديم تداخلات الرعاية الصحية. ومن الضروري بذل كل جهد ممكن لتأسيس علاقة مع المراجع، بما في ذلك الأشخاص المضطربون نفسياً؛ إذ يمكن غالباً إيجاد قاسم مشترك بين الطبيب والمراجع يعدّ نقطة بداية لتعاون لابد منه لنجاح التداخل، حتى لو كانت شكوى المريض غريبة؛ فقد يعتقد المراجع أنه تحت تأثير الجن أو السحر، ولكنه يقدّر في الوقت نفسه عادةً أنه يواجه مشكلة، ويدرك أنه يعاني تلك المشكلة مهما كانت غريبة، وتعدّ تلك المعاناة نقطة بداية يمكن العمل عليها؛ لتصبح ببساطة اتفاقية بين الطبيب والشخص طالب الرعاية على التداخلات المناسبة. وأهم سبب لفشل الرعاية الصحية هو ميل طالب الرعاية لأن يهمل العلاج، والطريقة المثلى لزيادة التزام الشخص خطة التداخل العلاجي هي بناء شراكة مع الشخص في بدء التداخل والاستمرار باستخدام تلك الشراكة طوال فترة التداخل. ورغم ذلك؛ فإنه من الشائع ألا يلتزم المرضى الخطط العلاجية. وأسباب عدم الالتزام هي نفسها في معظم الحالات، فقد يعاني الشخص - مثلاً- تأثيرات جانبية مزعجة أو يشعر بالتحسن، فيعتقد أن العلاج عاد غير ضروري؛ ويجب في هذه الحالات ألا يتسرع الطبيب فيغضب من المريض، لأنه لم يلتزم الخطة العلاجية، بل عليه أن يحاول تفهم سبب قطع العلاج وتعديل التداخل العلاجي بناءً على ذلك.

يلاحظ في المجتمع أن المرضى يلجؤون إلى المعالجين

الشعبيين والمشعوذين، ويلتزمون تعليماتهم أكثر من لجوئهم إلى الأطباء، ويبدو أن سبب ذلك يكمن في أن المريض يرى أن المعالجين الشعبيين يفهمون مشكلاته على نحو أفضل من طبيب لا يقدم للمريض أكثر من مقابلة لمدة دقيقتين ووصفة دوائية. لذلك من الضروري أن يمنح الطبيب مراجعيه شعوراً بأنه يفهم وجهة نظرهم المتعلقة بسبب ما يعانونه، وأن يوضح خيارات الرعاية الممكنة ويناقشها مع المريض مشجعاً المريض على الاستفسار عنها قبل التوصل إلى وضع توصيات نوعية وخطة تداخل نهائية تحظى بموافقة المريض. فهناك عادةً أكثر من خطة مجدية لتدبير أي مشكلة، ومن الأمثلة البسيطة على ذلك أن شخصاً ما قد يجد أن دواء "كلوربرومازين" مثلاً يسبب له أحاسيس مزعجة، فيطلب تبديله، فلا يجد الطبيب غضاضةً في أن يفسح له المجال لانتقاء مضاد ذهان آخر من بين كل مضادات الذهان المتوافرة؛ المهم هو أن ينظر الطبيب إلى الشخص على أنه شريك يلتزم خطة تداخل متفقاً عليها، وليس مجرد منفذ لتعليمات الطبيب، وفي ذلك ما يدعم التزام الخطة العلاجية وتحقيق نتيجة جيدة.

من الضروري محاولة تأسيس الشراكة العلاجية حتى في الحالات الصعبة، فلو أحضرت الشرطة شخصاً إلى قسم الإسعاف؛ لأنه كان عدوانياً في الشارع، حتى لو كان يصرخ، ويطالب غاضباً بإطلاق سراحه؛ يحتمل أنه يتجاوب مع طبيب يحاول بإخلاص مساعدته على تحديد برنامج يؤدي إلى إطلاق سراحه. أما إذا كان الشخص عاجزاً تماماً عن التعاون؛ فعلى الطبيب محاولة البحث عن قريب للمريض يمكنه تأسيس الشراكة معه، وقد يتطلب الأمر أحياناً استخدام قوة القانون لتعيين وصي يصبح شريك الطبيب في الرعاية الصحية لعلاج الشخص. ومن البديهي أن الحالات الإسعافية - أي حين يكون المريض خطراً جسيماً على نفسه أو على غيره - هي استثناء للقاعدة؛ إذ يجب تفضيل تقديم الحاجة للعلاج الفوري على محاولة الدخول في علاقة شراكة مع المريض؛ كما في أي حالة إسعافية طبية.

على الطبيب تجنب القيام بأي فعل لا يريده المريض؛ إلا إذا كان هناك سبب جوهري للاعتقاد أنه - من دون التداخل - سيؤذي نفسه أو غيره بسبب اضطرابه الطبي النفسي، وقد يكون التزام وجهة النظر هذه غير مريح أحياناً؛ فالطبيب يريد إخبار المريض بما ينوي فعله لمصلحته، والمريض طالب الرعاية مستعد لتقبل نصيحة الطبيب؛ ولكنه قد يرفض بعض التداخلات المقترحة، ولا مانع من أن يرفض المريض بعض التداخلات إذا كان ذلك لا يؤدي إلى إخفاق خطة العلاج، أما إذا رفض الشخص كل ما يقترحه عليه الطبيب؛ فقد يتولد لدى الطبيب ميل إلى ترهيبه وإرغامه على التعاون، ولكن يجب مقاومة نزعة السيطرة على القرار هذه؛ إلا إذا كانت ضرورية لمنع الأذى عن الأشخاص أو الممتلكات. فمن المهم دائماً الحصول على موافقة المريض على ما سيقدم له من رعاية طبية نفسية، ولا تكون الموافقة المستنيرة informed consent ممكنة إلا إذا كان المريض مؤهلاً competent لاتخاذ قرارات علاجية؛ وإذا كان قد أُعطي معلومات معقولة عن الخيارات البديلة الممكنة للرعاية؛ وإذا كان حراً من أي ترهيب غير ملائم. ويُعدّ كل البالغين - ومنهم المرضى النفسيون - مؤهلين لاتخاذ قراراتهم العلاجية إلا إذا تم تقييمهم على نحو نوعي، وحكمت المحكمة بأنهم فاقدو الأهلية.

عند اقتراح أي تداخل يجب أن يكون تطبيقه ممكناً، فلا مسوّغ لتصميم تداخل محوره دواء غير متوافر محلياً؛ أو لا يمكن للمريض توفير ثمنه، ولا فائدة من اقتراح أحد أنماط المعالجة النفسية؛ إذا لم يتوافر محلياً معالج مختص بها. كذلك يجب التفكير بكل المعوّقات التي قد تمنع التزام المريض الخطة العلاجية بغية تجنبها أو تخفيفها.

توثيق التداخل:

قد يعتقد بعضهم أن توثيق التداخلات مضيعة للوقت؛ لأن تحسن حالة المريض أو تدهورها سيكون واضحاً للعيان حين يراجع المريض في المستقبل، ولكن يصعب في الواقع تذكر سيرة مرض كل مريض واحتياجاته من دون توثيق جيد، وتبين الدراسات أن احتفاظ المعالج بسجل واضح لكل التداخلات يُحسّن الرعاية المقدمة للمريض، ويسهّل على معالجين آخرين مراجعة التداخلات التي ثبتت فعاليتها أو عدم فائدتها لذلك المريض، ويساعد على نحو خاص الأطباء المناوبين غير المطلعين على حالة المريض في الحالات الإسعافية؛ ولاسيما في المستشفيات المزدحمة التي يتناوب على العمل فيها أطباء مختلفون ومجموعات تمريضية وعلاجية متعددة.

تضمن البحث الأول من بحوث هذا الجزء نموذجاً للمشاهدة الطبية النفسية ينتهي بجدول لتوثيق المشكلات والمداخلات والمتابعة، ويمكن إضافة هذا الجدول إلى ملف المريض واستخدامه لتوثيق التداخلات ولمتابعة تطور الحالة؛ فإذا أخذت مثلاً حالة شاب أحضرته أمه بسبب غرابة سلوكه وتكرر تورطه بشجارات، وبعد إنهاء التقييم الطبي النفسي

والجسدي الشامل؛ يصبح الطبيب جاهزاً لإشراك الشاب بتعريف المشكلات، ومن السهل عادةً إيجاد مشكلتين أو ثلاث مشكلات تشغل بال الشاب. تتضح مثل هذه المشكلات إذا منح الشاب أو والدته الفرصة للتعبير بحرية عن الشكوى الرئيسة؛ فإذا كان المريض يشعر بأنه مسحور مثلاً؛ فليس من الضروري - على الأقل في البداية - إنكار هذا التفسير، بل يجب تحديد مشكلات مشتقة من السلوك (علامات) أو من الشكاوى (أعراض)؛ وليس من التفسير الذي يعطيه أي شخص للأسباب، ويجب أن تكون تلك المشكلات قابلةً للملاحظة وللقياس، فقد يتفق الطبيب مع هذا الشاب على وجود ثلاث مشكلات، هي مثلاً: الشعور بالتهديد من قبل أشخاص مجهولين، وسماع أصوات مُحَقِّرة، والتورط تكراراً بشجارات (الجدول ١).

خطة التدبير والعلاج:

بعد تعريف المشكلات يصبح من الضروري تحديد أهداف التداخلات؛ ويجب مناقشة المريض بكل الاستفاضة الممكنة لتحديد أهداف واقعية؛ فلا قيمة بالنسبة إلى الطبيب ولا المريض لاختيار أهداف مستحيلة، كأن يكون الهدف مثلاً عودة طالب إلى دراسته الجامعية خلال شهر؛ وهو ما كاد يخرج من هجمة ذهانية شديدة استمرت بضعة أسابيع. ويفضل دائماً تحديد أهداف يمكن تحقيقها خلال فترة وجيزة لاستخدامها مقياساً لجدوى التداخلات المتفق عليها؛ إذ يهنأ المريض حين تحقيق هدف ما بإنجازه وجهوده وتقدمه، ثم توضع أهداف جديدة، وبالعودة لمثال الشاب المذكور آنفاً؛ يمكن للأهداف الواقعية المتعلقة بالمشكلات الثلاث المتفق عليها أن تكون: الشعور بالطمأنينة مع الغرباء، وتخفيف سماع الأصوات إلى نوبة واحدة كل أسبوع، وتخفيف الشجارات إلى أقل من شجار واحد كل شهر.

بعد مناقشة المشكلات والأهداف مع الشخص؛ يصبح الطبيب جاهزاً لاقتراح التداخلات الممكنة وخطة تنفيذها، فبالنسبة إلى مشكلات الشاب الثلاث المذكورة في المثال؛ تشتمل التداخلات المعقولة على المشاورة النفسية، والمداواة النفسية والنقاش مع العائلة حول ما يمكن إدخاله من تعديلات على ظروف المنزل. توضع بعد ذلك خطة لتطبيق كل تداخل ومراجعته وتعديله؛ مع أخذ المعوّقات المحتملة لتنفيذ تلك الخطط بالحسبان، ومن المهم مراجعة جدوى كل تداخل وكل تطبيق للخطط وتصحيح المسار إن لزم؛ فلا مسوِّغ لجعل المريض يتناول أدوية باهظة الثمن، وقد تكون مؤذية إذا لم يكن من الممكن توثيق التقدم باتجاه الأهداف المتفق عليها، ويجب تعديل كل تداخل لا يقود إلى تحقيق الهدف المرجو منه. وبالعودة مرة أخرى إلى المثال أعلاه، يمكن أن توضع لمشكلات الشاب الثلاث ثلاث خطط؛ تتعلق الخطة الأولى بالمشورة النفسية (وسيأتي ذكرها)، والثانية بوصف دواء مضاد للذهان، والثالثة بالتثقيف النفسي، ولكن ذلك لا يعني الاستفاضة بالشرح ولا الدخول بنقاش شامل، بل تخصيص بضع دقائق فقط لها قيمة لا تقدر بثمن في العلاج؛ إذ يكفي مثلاً أن يؤكد الطبيب تأثيرات الكحول السيئة والآثار المرغوبة للأدوية وتأثيراتها الجانبية، ثم يشار على المريض بتخفيف احتكاكه بالآخرين مبدئياً، ويشجع العائلة على القيام بدور إيجابي في مساعدة المريض تاركاً له ولأهله بعض الوقت لطرح الأسئلة قبل أن يتفق معهم على موعد دقيق للمراجعة. تساعد هذه الملاحظات - إذا نفذت كما يجب - المريض وأهله، وتجعل جهود الطبيب أكثر جدوى.

يمكن توثيق هذه المداخلة المؤلفة من مشكلة وهدف وخطط نوعية (تداخل، تطبيق، مراجعة، تعديل) في جدول (الجدول ١). ويمكن لهذا التوثيق - إذا أجري على نحو جيد في المقابلة الأولى للمريض- أن يخفف على نحو ملحوظ من حجم ملف متابعة المريض وأن يجعل الملف أوضح وأسهل

التاريخ	هدف التداخل	التداخل العلاجي	المتابعة
٢٠١١/٨/٢٠	تخفيف الأصوات إلى مرة بالأسبوع.	كلوربرومازين ٤٠٠ملغ باليوم	٢٠١١/٩/٤
٢٠١١/٨/٢٠	تخفيف الشجار إلى أقل من مرة بالشهر.	تثقيف حول تأثير الكحول والاضطرابات النفسية	٢٠١١/٩/٤
٢٠١١/٨/٢٠	الشعور بالراحة مع الآخرين.	مناقشة كيفية وضع الحدود مع العائلة	٢٠١١/٩/٤

الجدول (١) تحديد المشكلات والتداخلات بالاتفاق مع المريض.

فهماً وأسهل استخداماً في المستقبل؛ إذ لن يتطلب إلا تسجيل ملاحظة وجيزة في كل مراجعة سريرية في المستقبل. وبالمتابعة مع المثال المذكور آنفاً، يُلاحظ أن موعد مراجعة الشاب كان في ٤ أيلول، وقد حضر في الموعد مع أمه، فقام الطبيب بالاستفسار عن مدى تحقق الأهداف النوعية بسؤال المريض وأمه عما إذا كانت الأصوات قد تراجعت إلى نوبة واحدة أسبوعياً، وعما إذا كانت الشجارات قد تناقصت إلى أقل من مرة بالشهر، وعما إذا كان المريض يوافق على القول: إنه أكثر شعوراً بالراحة مع الناس، فإذا وافق كل من المريض وأمه على أن هذه الأهداف قد تحققت، ولاحظ الطبيب أن تأثير الدواء قد بدأ بالظهور؛ ولكن المريض يشعر بتعب صباحي شديد؛ يجب على الطبيب أخذ شكوى المريض بالحسبان وتخفيف جرعة الدواء المسائية. قد ينتقل الطبيب بعد ذلك إلى شرح احتمالات التأثيرات الجانبية طويلة الأمد للأدوية المضادة للذهان مثل خلل الحركة المتأخر، ثم يدخل التعديلات اللازمة على جدول توثيق التداخل (الجدول ٢).

البراهين العلاجية:

من البديهي أنه لا فائدة من استخدام أي تداخل إذا لم يكن ذلك التداخل فعالاً؛ إذ يصبح استخدامه مجرد إضاعة للوقت والجهد والمال، وقد يسبب للمريض ضرراً شديداً، وينطبق ذلك على جميع التداخلات الطبية والنفسية والاجتماعية وتداخلات ما يسمى "الطب البديل"؛ فحتى النصيحة غير المجربة قد تكون قاتلةً (يمكن الاطلاع على المزيد في هذا الموضوع في موقع رابطة الطب المسند بالبراهين www.a4ebm.org)، ويستدل على فعالية أي تداخل علاجي أو عدم فعاليته أو ضرره من البراهين المشتقة من نتائج البحث العلمي، وللبحوث العلمية أنواع منها التجربة المُعشّاة randomized trial التي تقدم أقوى أنواع البراهين العلاجية.

لأي تداخل تأثير لا نوعي يعرف باسم "أثر الغفل placebo effect" قد يبلغ ٣٠٪؛ أي إن نحو ثلث المراجعين بسبب اضطرابات نفسية قد يتحسنون بأي تداخل يقدم لهم. لذلك فإن تسويغ تحميل المعالج والمريض عناء تطبيق تداخل ما- بما يتضمن ذلك من جهد وتكاليف وتحمل للأعراض الجانبية - يجب معه البرهان أن لذلك التداخل تأثيراً أفضل من تأثير الغفل. تتم المقارنة بين التداخل المعني وبين الغفل بتجربة معشاة يقسم المرضى المشاركون فيها إلى مجموعتين باستخدام إحدى طرائق التوزيع العشوائي، ويطبق على إحدى المجموعتين التداخل المعني في حين يطبق الغفل على المجموعة الثانية، وتوضح المقارنة بين حصائل المجموعتين ما إذا كان التداخل المدروس أفضل من الغفل أو لا، ولكن استخدام الغفل ليس إلزامياً، فقد تقارن تجربة معشاة بين تداخل وتداخل آخر؛ كالمقارنة مثلاً في معالجة الاكتئاب بين فعالية الأدوية المضادة للاكتئاب وفعالية المعالجة المعرفية.

لقد أجري الكثير من التجارب المعشاة عبر التاريخ في مختلف أرجاء العالم، ونشرت نتائج تلك التجارب بلغات عديدة في مجلات متخصصة وفي قواعد معلومات إلكترونية، ويمكن للطبيب المهتم إجراء مراجعة منهجية systematic review بحثاً عن كلّ التجارب المعشاة المنشورة، ومن ثم تقييم صلاحية كل منها، ودمج نتائج التجارب الصالحة بتحليل بعدي meta-analysis يلخص أفضل البراهين المتوافرة عن تداخل ما، ولكن، لما كانت المعلومات العلاجية تتغير باستمرار نتيجة نشر نتائج تجارب معشاة جديدة؛ فإنه يجب على الطبيب تكرار إجراء المراجعة المنهجية المتعلقة بكل تداخل على نحو منتظم. ومن الواضح

التاريخ	هدف التداخل	التداخل العلاجي	المتابعة
٢٠١١/٨/٢٠	تخفيف الأصوات إلى مرة بالأسبوع	كلوربرومازين ٤٠٠ملغ باليوم	٢٠١١/٩/٤ تابع
٢٠١١/٨/٢٠	تخفيف الشجار إلى أقل من مرة بالشهر	تثقيف حول تأثير الكحول والاضطرابات النفسية	٢٠١١/٩/٤ تابع
٢٠١١/٨/٢٠	الشعور بالراحة مع الآخرين	مناقشة كيفية وضع الحدود مع العائلة	٢٠١١/٩/٤ يوقف

الجدول (٢) متابعة فعالية التداخلات. يلاحظ أن صفحة التوثيق صُحِّحت في ضوء مراجعة المريض بتاريخ ٤ أيلول؛ فقد كُتبت كلمة «تابع» في عمود المراجعة بالنسبة إلى الخطط التي ستتابع من دون تغيير مع كتابة موعد مراجعة جديد لتلك الخطة، وكتبت كلمة «يوقف» عند الخطط التي تم تطبيق تداخلها أو تغييره أو عُدّت غير لازمة.

أن ذلك مرهق وغير عملي، ولحسن الحظ فإنه يوجد تحالف عالمي من عشرات آلاف الأطباء والباحثين يقوم بإجراء المراجعات المنهجية وبتحديثها على نحو منتظم وبنشرها في مكتبة "كوكران" التي تتوافر على الإنترنت في الموقع www.cochrane.org، وفي ذلك تسهيل لمهمة أي طبيب أو معالج؛ فما عليه إلا الاستفادة من نتائج عمل غيره عن طريق زيارة الموقع المذكور حيث تتوافر خلاصات مراجعات كوكران المنهجية مجاناً، أو زيارة الموقع www.a4ebm.org/abs حيث تتوافر ترجمة عربية لبعض خلاصات مراجعات كوكران المنهجية. ويفيد تكرار زيارة مثل هذه المواقع في الاطلاع على المعلومات المحدثة؛ وفي الاطلاع على ما تثبت فائدته من تداخلات جديدة، فمثلاً، تعمل كل الأدوية المضادة للاكتئاب عن طريق التأثير في النواقل العصبية ومستقبلاتها، ولكن ظهرت خلال السنوات الماضية معلومات طورت النظرة إلى الخلل الكيميائي الدماغي المرافق للاكتئاب بحيث أصبحت تشمل الاهتمام باللدونة plasticity العصبية، وتعد بتداخلات مبتكرة تصحح الخلل الدماغي البنيوي إضافةً في تأثيرها على دارات النواقل العصبية، ويفيد تحديث المعلومات العلاجية على نحو متكرر في تعرف مثل هذه التداخلات الواعدة من فور ظهور براهين تثبت فائدتها. ولا تقتصر هذه الملاحظات على التداخلات الدوائية، بل تشمل أيضاً أي تداخل يطبق بغية مساعدة الناس المصابين باضطراب نفسي؛ إذ تحتوي مكتبة كوكران مثلاً على مراجعة منهجية لفعالية الرياضة في علاج الاكتئاب، ولفعالية المسرح النفسي في معالجة الفصام.

المعالجة في الطب النفسي:

يهدف هذا البحث إلى التعريف بالتداخلات العلاجية المستخدمة في الطب النفسي، ويتضمن تعريفاً بالأسس النظرية لكل منها وباستطباباتها وبطرائق تطبيقها وبمدى ملاءمتها للمجتمع، ويشتمل على العناوين التالية:

- طرائق العلاج في الطب النفسي.
- العلاجات البيولوجية في الطب النفسي.
- المعالجة النفسية.
- طرائق العلاج النفسي الجماعي.
- المشورة النفسية.
- إعادة التأهيل النفسي.
- العلاج الطبي النفسي في المجتمعات العربية.

أولاً- طرائق المعالجة في الطب النفسي:

تستخدم في الطب النفسي علاجات بيولوجية مثل الأدوية والتخليج الكهربائي، وعلاجات نفسية، وطرائق لإعادة التأهيل، وإجراءات اجتماعية، وينتقى لكل مريض من هذه العلاجات ما يناسب حالته المرضية ضمن مقاربة بيولوجية - نفسية - اجتماعية biopsychosocial approach مبنية على اقتناع متفق عليه بأن الاضطرابات النفسية هي على نحو عام نتيجة تداخل تأثير عوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية، ويمكن توضيح أهمية هذا التداخل من دراسة الكرب والقوب، مثلاً.

الكرب والقوب:

لمصطلح "كرب" stress استخدام واسع في مجال فهم العلاقة بين الخصائص البيولوجية والنفسية للشخص ومحيطه الفيزيائي والاجتماعي من جهة؛ وبين صحته الجسدية والنفسية من جهة أخرى، أما "القوب" coping فهو مقدرة الشخص على التحمل وعلى التأقلم مع متطلبات ظروف مستجدة.

ينجم الكرب عن عوامل تتعلق بالشخص نفسه - مثل السلوك غير المسؤول، والعادات الصحية السيئة، والتوقعات غير المنطقية، والسعي للكمال - أو عن عوامل خارجية مثل الوضع الاقتصادي، والأحداث غير المتوقعة، وعوامل بيئية فيزيائية (مثل مستوى الضجيج، والحرارة، والإضاءة، وانعدام الخصوصية الشخصية)، وعوامل اجتماعية تتعلق بطبيعة العمل وبيئته وبالجو العائلي وتشتمل على كل ما يصنف عادة تحت عنوان "حوادث الحياة" life-events التي تم تحديدها من متابعة مئات الأشخاص لسنوات طويلة ودراسة العلاقة بين إصابتهم بالأمراض وبين ما طرأ من تغيرات إيجابية أو سلبية على علاقاتهم العائلية وحالتهم المالية وظروف عملهم وسكنهم، وقد أعطي كل من تلك الحوادث وزناً يتناسب وشدته، فكانت وفاة الزوج (أو الزوجة) أكثرها تسبيباً للكرب، وعُدَّت شدتها ١٠٠، وشملت القائمة ما مجموعه ٤١ نمطاً من التغيرات التي قد يتعرض لها الإنسان (الجدول ٣).

توضع إشارة بجانب كل حادثة من حوادث الحياة الكبيرة الواردة في الجدول وقعت للشخص في الاثني عشر شهراً الماضية، ثم تجمع العلامات للوصول إلى النتيجة الكلية.

وقد بينت دراسات عديدة أن الأشخاص الذين يكون مجموع علاماتهم عالياً على سلم حوادث الحياة معرضون أكثر من غيرهم للإصابة بأعراض مزاجية (مثل نقص الاهتمام بالهوايات وبالمرح، والمزاجية، والتململ، والإحباط، والغضب والاستياء، والغيرة غير المسوّغة، والنزق وصعوبة

الحادثة الحياتية	العلامة
وفاة الزوج	١٠٠
الطلاق	٧٣
الانفصال عن الزوج	٦٥
السجن	٦٣
وفاة قريب مقرب	٦٣
الإصابة شخصياً بمرض أو أذية	٥٣
الزواج	٥٠
التسريح من العمل	٤٧
التصالح مع الزوج	٤٥
التقاعد	٤٥
تغير صحة أحد أفراد الأسرة	٤٤
الحمل	٤٠
الصعوبات الجنسية	٣٩
إضافة فرد جديد إلى العائلة	٣٩
تغيير في العمل	٣٩
تغير الوضع المالي	٣٨
تغير في عدد الشجارات العائلية	٣٥
قرض يزيد عن ١٠٠ ألف ليرة	٣١
إنهاء دفع أقساط قرض	٣٠
تبدل المسؤوليات في العمل	٢٩
مشكلة مع القانون	٢٩
تحقيق انجاز شخصي مميز	٢٨
العلامة الكلية	

الجدول (٣) مقياس كرب حوادث الحياة
life event stress scale

تحمل الآخرين، وفرط الحساسية وارتكاسات مبالغ بها للحوادث والظروف، والشعور بالانهيار، والقلق، وفرط الخوف من الفشل، ونقص الثقة بالنفس، والاكتئاب، والخمول (أو فتور الشعور)، والرغبة بالبكاء، وبأعراض معرفية (مثل صعوبة التذكر، وصعوبة اتخاذ القرارات، وصعوبة التركيز، وتشتت الانتباه، واجترار الأفكار، وصعوبة استيعاب حديث الآخرين، وسوء المحاكمة، والتفكير بالهرب والنجاة، وصعوبة إيقاف التفكير، وفقدان الموضوعية)؛ وبأعراض سلوكية (مثل فرط الأكل أو نقصه، وزيادة النوم أو نقصه، والعزلة عن الآخرين بمن فيهم المقربون، والتغيب عن العمل أو قضاء أوقات طويلة بالعمل، والإفراط بالتدخين وبتناول المنبهات والكحول والأدوية، وزيادة ممارسة الجنس أو نقصه، والانشغال بعادات عصابية مثل قرض الأظفار وتصفيف الشعر وذرع المكان جيئةً وذهاباً، وطحن الأسنان، والضحك أو البكاء من دون مسوّغ، والصلابة والتسلط على الآخرين، وحدة الطبع، وكثرة المجادلة، والعنف، والمخاطرة غير المحسوبة، والقيادة بعصبية)؛ وبأعراض جسدية (مثل الصداع، والاضطرابات الهضمية، وتوتر العضلات ووجعها، واضطراب النوم، والتعب، وألم الصدر، وخوارج الانقباض وعدم انتظام القلب، وارتفاع ضغط الدم، وزيادة الوزن أو نقصه، وتساقط الأشعار، وضيق النفس، وآفات جلدية، وألم المفصل الفكي الصدغي وأوجاع الأسنان، والتعرق، ونقص المناعة، واضطرابات تناسلية مثل تأخر الطمث). أما على المدى الطويل فقد يؤدي الكرب إلى الإصابة باضطرابات جسدية ونفسية خطرة مثل أمراض القلب، والسرطان، وداء السكري، والبدانة، والاكتئاب، والقهم العصبي، وإدمان العقاقير، والقرحة، ومتلازمة تهيج القولون، وضعف الذاكرة، وسوء معاملة الأطفال والمسنين وسوء المعاملة الجنسية.

لا تصيب هذه الأعراض والاضطرابات كل من يتعرض لحوادث الحياة، بل تختلف الاستجابة الشخصية لمسببات الكرب الواحدة من فرد إلى آخر، وقد بينت الدراسات اشتراك الأشخاص المتأهبين أكثر من غيرهم للتأثر بالكرب بعدة صفات يطلق على مجموعها اسم "الشخصية نمط أ" type A personality. ويمتاز الأشخاص ذوو الشخصية نمط أ بتعدد نماذج سلوكهم (أي أنهم يقومون بأكثر من وظيفة أو عمل واحد في الوقت نفسه)، وبالشعور بضيق الوقت، وبعدوانية غير ضرورية وبأهداف غير واضحة. ورغم وجود علاقة قوية بين الشخصية نمط أ وبين الإصابة بنقص التروية القلبية وبأمراض أخرى؛ فإنه من الممكن تعديل خصائص نمط الشخصية هذا؛ وبالتالي الوقاية من الإصابة بأمراض عديدة باستخدام بعض طرائق المعالجة النفسية.

والقوب (أو المقدرة على مقاومة الكرب) هو مجموع الجهود السلوكية والمعرفية التي يبذلها الشخص للتوفيق بين

متطلباته الشخصية وبين متطلبات البيئة، ويمكن للعلاج النفسي تحسين جدوى هذه الجهود وزيادة المقدرة على القوب؛ وهناك طرائق نفسية لزيادة كل من القوب الفاعل والقوب المنفعل. والقوب الفاعل active coping هو أن يحاول الشخص تخفيف شدة مسببات الكرب، مثلاً عن طريق تبديل البيئة الفيزيائية أو إعادة تحديد الأدوار فيها أو اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحسين علاقاته الشخصية، أما القوب المنفعل passive coping فهو محاولة الشخص تخفيف التأثير الضار للكرب فيه عن طريق تعلم تمارين الاسترخاء مثلاً، وللمعالجة الدوائية أيضاً شأن في تدبير أعراض الكرب النفسية والجسدية المذكورة آنفاً.

يتضح من دراسة الكرب والقوب مدى تداخل تأثير العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في حدوث الاضطرابات النفسية وفي علاجها؛ مما يوجب على الطبيب وعلى غيره من المعالجين إدخال كل هذه العوامل بالحسبان، وتجنب الانحياز لأحدها على حساب إهمال غيره حين وضع أي خطة علاجية لأي شخص يطلب المساعدة الطبية النفسية؛ إذ يجب أن تشتمل أي خطة علاج على تداخلات بيولوجية وأخرى نفسية وغيرها اجتماعية.

تشتق التداخلات الطبية النفسية من تفسيرات متعددة لأسباب الاضطرابات النفسية، أهمها التفسير البيولوجي والتفسير النفسي والتفسير الاجتماعي؛ وللتفسير النفسي مدارس متعددة، أهمها التحليل النفسي psychoanalysis وعلم النفس المعرفي cognitive psychology والسلوكية behaviorism.

١- التفسير البيولوجي للاضطرابات النفسية:

يقول التفسير البيولوجي للاضطرابات النفسية: إن السلوك والفعاليات العقلية المختلفة ما هي إلا نتائج لأحداث عصبية بيولوجية؛ إذ يعتمد السلوك بمختلف مظاهره على تناغم العديد من الحدثيات ضمن الجسم، ويُنَظَّم هذا التناغم من قبل الجملة العصبية بمساعدة جملة الغدد الصم. فتكامل وظائف الجملة العصبية وأعضاء الحواس والعضلات والغدد هو ما يمكّن من وعي البيئة ومن التأقلم معها؛ إذ يعتمد إدراك الحوادث على طريقة كشف الحواس للتنبيهات، وكيفية إدراك الدماغ للمعلومات الواردة من الحواس، أما الدافع خلف معظم أنماط السلوك فهو إشباع الحاجات مثل الجوع والعطش وتجنب التعب والألم. كذلك تعتمد مقدرة المرء على استعمال اللغة وعلى التفكير وحل المشكلات على سلامة دماغه؛ فأساس معظم حدثيات التفكير هو في الحقيقة حدثيات كهربائية وكيميائية تأخذ مجراها في العصبون الذي يشكل الوحدة الأساسية في بناء الجملة العصبية، وفي فهم وظائف العصبون توضيح لسر كيفية عمل الدماغ ولآلية حدوث الاضطرابات النفسية ولكيفية علاجها ببعض التداخلات البيولوجية مثل الأدوية النفسية. وهناك أمثلة على خلل سبل عصبية محددة عند المصابين باضطرابات نفسية نوعية، كالخلل المفترض في سبل الدوبامين في الفصام وفي سبل السيروتونين والنورادرينالين في اضطرابات المزاج، ويمكن علاج هذه الاضطرابات النفسية عن طريق تصحيح الخلل المرافق لها باستخدام أدوية نوعية.

٢- تفسير التحليل النفسي للاضطرابات النفسية:

يرى التحليل النفسي أن لكل سلوك - بما فيه الاضطراب النفسي- سبباً وأن السبب هو عادة حافز لاشعوري يختلف عما يعتقد المرء من أسباب عقلانية، وتوجهه غرائز أساسية (الجنس والعدوانية على نحو مبدئي) تتصارع على نحو دائم مع مجتمع يشدّد على ضبط تلك الغرائز، ويؤدي ضبط الأهل والمجتمع للنزوات الغريزية الفطرية في أثناء الطفولة إلى إزاحة تلك النزوات من الوعي إلى اللاشعور حيث يتراكم الكثير من المعتقدات والمخاوف والرغبات المكبوتة التي تؤثر في سلوك الشخص دون أن يكون واعياً لوجودها، ولذلك فإن السلوك (والاضطراب النفسي) هو نتيجة حدثيات لا شعورية يمكن الاستدلال على وجودها من زلات اللسان ومن الأحلام ومن التداعي الحر للأفكار في أثناء جلسات التحليل النفسي. فالعلاج النفسي التحليلي هو استكشاف مطول لحياة المريض العقلية اللاشعورية بهدف جعل الفرد واعياً لصراعات مثيرة للقلق ولآليات دفاع نفسي ضد هذا القلق؛ مما يساعد على فهم بنية شخصية المريض، ويفيد في تطويرها.

٣- التفسير المعرفي للاضطرابات النفسية:

يقول التفسير المعرفي: إن الاضطراب النفسي ينجم عن حدثيات عقلية مثل الإدراك والتذكر والتخطيط واتخاذ القرارات وحل المشكلات واستعمال اللغة والتواصل مع الآخرين، وإنه يمكن التأثير في هذه الحدثيات لمعالجة الاضطرابات النفسية، لذلك يتركز الاهتمام في المعالجة النفسية المعرفية على تحسين مقدرة الشخص على معالجة المعلومات التي ترده من كل من بيئته الفيزيائية وبيئته الاجتماعية ومن بيئته الداخلية (مثل الذكريات والأحاسيس الجسدية)، وهي معلومات مهمة يتضمن بعضها معلومات عن العالم الخارجي، ويقدم بعضها الآخر "تلقيماً راجعاً"

بخصوص سلوك الشخص نفسه، فيُعلمه مثلاً عن وضعة جسده نسبةً إلى أشخاص مهمين حوله، ويُمكنه من الحكم على أدائه في المناسبات الاجتماعية، ويستفاد من ذلك في تحديد الاضطراب المعرفي المسبب لكثير من الأعراض والعلامات الانفعالية والسلوكية للاضطرابات النفسية وعلاج هذا الاضطراب المعرفي: ولاسيما في حالات القلق والاكتئاب.

٤- التفسير السلوكي للاضطرابات النفسية:

يرى التفسير السلوكي أن الاضطرابات النفسية هي نتيجة التعلم الذي لا يُشترط أن يكون شعورياً أو إرادياً: وأن العلاج ممكن عن طريق التأثير في ما تعلمه الشخص من تجاربه الحياتية. ويقصد بالتَّعَلُّم في هذا السياق أي تبدل ثابت نسبياً في السلوك (بما فيه السلوك الاجتماعي، واللغة وبقية مهارات التواصل، والشعور والتعبير الانفعالي، والمعتقدات والمواقف) يحدث نتيجة لما يحدث في بيئة المتعلم الاجتماعية والفيزيائية عن طريق التكييف التقليدي أو التكييف الفاعل أو التعلم بالمراقبة.

يفسر التكييف التقليدي (أو المنعكسات الشرطية) classical conditioning - الذي وصفه Pavlov- السلوك الآلي غير الإرادي مثل الاستجابات العاطفية والاستجابات الانعكاسية للمنبهات الفيزيائية الواردة من البيئة المحيطة بالكائن الحي، كما في تجربة كلب بافلوف الشهيرة: إذ يصبح سيلان اللعاب استجابة مُكَيَّفة conditioned response لصوت الجرس ضمن منعكس مُكَيَّف (أو منعكس شرطي) conditioned reflex. وللتكييف التقليدي تطبيقات سريرية، أهمها تفسير كيفية الإصابة بالقلق: إضافةً إلى استخدامه في تطوير بعض طرائق المعالجة السلوكية للقلق. أما التكييف الفاعل operant conditioning (أو التعلم الآلاتي instrumental learning) الذي وصفه Skinner: فيركز على أنماط السلوك الواقعة تحت سيطرة الشخص والتي يقوم الشخص بتفعيلها (ومنه كلمة الفاعل) للتأثير في بيئته، ويتبدل تواتر حدوث سلوك محدد زيادةً أو نقصاناً بناءً على عواقب ذلك السلوك: فإذا أدى سلوك ما إلى نتيجة وخيمة (عقاب punishment): فإن احتمال تكرره في المستقبل ينقص، أما إذا تلت سلوكاً ما نتيجةٌ مرغوبة (مكافأة reward): فإن احتمال تكرار ذلك السلوك في المستقبل يزداد، ويقال في هذا المجال: إن نتائج السلوك تعزز احتمال تكرره: وقد يكون ذلك التعزيز إيجابياً أو سلبياً، فالحصول على مكافأة هو تعزيز إيجابي positive reinforcement، وتجنب نتيجة مؤذية هو تعزيز سلبي negative reinforcement: ففي حالة الإدمان على الهيروين - مثلاً- يتمثل التعزيز الإيجابي بالحصول على المتعة والنشوة عقب التعاطي، في حين يصبح هدف التعاطي في مراحل لاحقة من الإدمان هو تجنب أعراض السحب المزعجة: أي إن التعزيز يصبح سلبياً. تساعد مبادئ التكييف الفاعل أحياناً على توضيح سبب حدوث القلق عند بعض المرضى، ولها تطبيقات عملية في تدريب المهارات بما فيها المهارات الاجتماعية، وفي غيرها من أشكال المعالجة السلوكية.

يتضمن التكييف بشكليه التقليدي والفاعل تماساً فيزيائياً مباشراً مع المتعلم، ولكن قد يحدث التعلم أيضاً عن بعد عن طريق مراقبة المتعلم لحدث ما ولعواقبه، ويعرف ذلك باسم التعلم بالمراقبة observational learning، وله أهمية خاصة في اكتساب السلوك الاجتماعي: إذ يُكتسب العديد من المهارات الاجتماعية عن طريق مراقبة شخص آخر يقوم بها دون الممارسة الفعلية لتلك المهارات في أثناء فترة المراقبة، كذلك قد تؤدي مراقبة شخص تظهر عليه انفعالات عاطفية شديدة إلى استجابة انفعالية عند المراقب: مما قد يؤدي إلى الإصابة بالقلق، وبالمقابل إن مراقبة شخص هادئ وواثق من نفسه قد يخفف القلق عند من يراقب ذلك الشخص، ويستخدم مثل هذا النوع من التقليد (الاقتداء) modeling سريرياً لمعالجة الاضطرابات الرهابية وللتدريب على المهارات الاجتماعية.

٥- التفسير الاجتماعي للاضطرابات النفسية:

يعتمد التفسير الاجتماعي للاضطرابات النفسية على العديد من النظريات الهادفة إلى تحديد تأثير المجتمع في التفكير والعواطف ومظاهر السلوك الأخرى، ومن أكثر هذه النظريات أهمية في الطب النفسي نظرية التعلم الاجتماعي ونظرية المهارات الاجتماعية. تفسر نظرية التعلم الاجتماعي social learning theory تطور السلوك السوي والشاذ في ضوء مبادئ التعلم (أو التكييف) التقليدي والفاعل، وفي ضوء التعلم بالمراقبة والاقتداء، وعبر العديد من الحدثيات المعرفية. وتعد نظرية المهارات الاجتماعية social skills أن التفاعل الاجتماعي هو أداء متقن - مثله مثل لعب التنس - يهدف الفرد من خلاله إلى التوصل إلى أهداف محددة، فيصحح سلوكه على نحو مستمر بحسب ما يرده من تلقيم راجع ممن يتفاعل معهم اجتماعياً، ويأتي الكثير من هذا التلقيم الراجع بشكل تواصل غير لفظي، مثل بعض مظاهر الصوت (كالتشديد على بعض الكلمات، وارتفاع الصوت،

ورجفان الصوت)، وتعابير الوجه، وهزّ الرأس، ووضعية الجسم، وما إذا كان الشخص المقابل مسترخياً أم متوتراً، ومدى قربه وما إذا كان ملامساً أم لا، وما يقوم به من حركات بيديه لإيصال رسالة ما، وتعبر مظاهر التواصل غير اللفظي هذه عن العواطف والمواقف، وتخدم في تأكيد التواصل اللفظي، وقد تعيض عن الكلام حين يكون هذا غير ممكن أو غير مناسب، بل كثيراً ما تكون أدق وأقوى من التواصل اللفظي بالكلام. وبما أن الحصول على معظم هذا التلقيم الراجع يتم عن طريق حاسة البصر؛ فإن نظرية المهارات الاجتماعية تشدد على دور النظر (أو الحملقة gaze) في ممارسة المهارات الاجتماعية، كما تشدد على دور التعزيز الاجتماعي؛ إذ يؤثر شخص ما في سلوك شخص آخر عن طريق مكافأة سلوكه انتقائياً باستخدام تعابير الوجه، والانتباه، وعلامات الاستحسان. سريرياً، تُعدّ هذه النظرية أن سبب بعض الاضطرابات السلوكية (مثل الانسحاب الاجتماعي والعدوانية) هو عوز المهارات الاجتماعية اللازمة والتي يمكن تعليمها وتعلمها، وقد نجم عن هذا تصميم "طرائق تدريب المهارات الاجتماعية" للمساعدة على تحسين المقدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين عن طريق التدريب على ممارسة محادثة مناسبة وعلى تفسير الإشارات غير اللفظية وعلى استخدام هذه الإشارات لتعزيز السلوك المرغوب عند الآخرين.

ثانياً- العلاجات البيولوجية في الطب النفسي:

اكتشف تأثير كثير من الأدوية النفسية اتفاقاً، فقد اكتشف تأثير كلوربرومازين المضاد للذهان في أثناء محاولة تطوير عقار للاستخدام في التخدير العام، واكتشف تأثير مثبطات أكسيداز الأمين الأحادي المضاد للاكتئاب في أثناء معالجة التدرن بأحد هذه الأدوية. ثم تراكمت لاحقاً براهين علاجية تجريبية تؤكد فعالية كثير من الأدوية النفسية؛ فقد بينت مراجعة كوكران المنهجية للتجارب المعشاة التي تقارن بين فعالية كل من كلوربرومازين والدواء الغفل في معالجة الفصام أن إعطاء كلوربرومازين يؤدي إلى تحسن ٦٦٪ من المرضى في ٨ أسابيع، في حين يتحسن ٤١٪ من المرضى الذين يتلقون الدواء الغفل؛ أي إن فرق الفائدة هو ٦٦-٤١=٢٥٪، والعدد اللازم للعلاج number needed to treat (NNT) (وهو المقلوب الحسابي لفرق الفائدة) يعادل ٤، ويعني ذلك أنه كلما عولج أربعة مرضى بكلوربرومازين بدل الغفل يتحسن مريض آخر إضافةً إلى الذين يتحسنون بالمعالجة بالغفل، وبذلك تبرهن هذه المراجعة المنهجية على أن كلوربرومازين فعال في علاج الفصام، كما توفر قياساً كمياً لمدى فعاليته. وتطبق طرائق تقييم الفعالية نفسها على بقية العلاجات البيولوجية في الطب النفسي مثل طرائق التعديل العصبي التي ما زال معظمها بحاجة إلى براهين علاجية مؤكدة؛ باستثناء المعالجة بالتخليج الكهربائي، أما الجراحة النفسية فقد تضاءل اللجوء إليها كثيراً في العقود الماضية.

المطاوعة compliance:

لا تفيد الأدوية إلا إذا كان المريض قانعاً بحاجته إليها؛ الأمر الذي يوضح الأهمية الخاصة للمطاوعة في الطب النفسي. فالطب النفسي هو الاختصاص الطبي الوحيد الذي يتطلب معالجة عدد كبير من المرضى الذين ليس لديهم أدنى قناعة بأنهم مرضى، ويوجب ذلك أحياناً اللجوء إلى معالجة المريض دون موافقته وتعاونه، وتُعدّ هذه المعالجة القهرية مشكلة في الدول الغربية بسبب القيود المفروضة على معالجة المرضى بتشريعات حماية حقوق الإنسان. أما في معظم البلاد العربية؛ فإن ظروف المعالجة أكثر سلطوية، وتشريعات الصحة العقلية مهملة عادةً، وسلطة الطبيب النفسي ومساعديه مطلقة؛ فالمطاوعة مضمونة في المرضى المعالجين في المستشفى دون النظر إلى التشخيص، ولا تتأثر إلا إذا لم يعطِ الممرضون الدواء للمريض، كذلك فإن المطاوعة مضمونة في مرضى العيادات في أثناء الطور الحاد من الاضطراب النفسي. ولكنها تصبح مشكلة حقيقية بعد انطفاء الطور الحاد؛ لأن فكرة المداواة طويلة الأمد لمرض لا يسبب حالياً أي أعراض هي فكرة غريبة عن عقول الكثير من المواطنين العرب. فإذا أضيف إلى ذلك أن للأدوية تأثيرات جانبية مزعجة، وأن توافر الدواء وتكلفته قد يكونان عبئاً إضافياً، وأن المعتقدات الثقافية قد تدفع المريض لمراجعة معالج شعبي؛ يصبح عدم القناعة بالدواء أمراً مرجحاً؛ رغم أنه قد خفف الكثير من الأعراض، وربما قاد عدم القناعة بالدواء إلى تخفيف الدواء أو إيقافه على نحو مبكر؛ ما يُعرّض المريض لخطر النكس.

١- الأدوية المضادة للذهان antipsychotic drugs:

اكتشف كلوربرومازين - أول الأدوية المضادة للذهان - عام ١٩٥٣، وأصبح نواةً لمجموعة من الأدوية المشابهة له كيميائياً تعرف باسم مجموعة الفينوثيازينات، كما شجّع البحثَ عن أدوية أخرى مضادة للذهان لعلاج الفصام والاضطرابات المشابهة، فاكتشف الكثير من الأدوية التي تصنف بحسب تركيبها الكيميائي في عدة مجموعات دوائية هي مجموعة البوتيروفينونات ومجموعة الثيوكزانتينات ومجموعة ثنائي

فينيل بوتيل البيبريدينات ومجموعة البنزاميدات المعوضة. تشترك كل هذه المجموعات الدوائية بعدة خصائص، أهمها حصار مستقبل الدوبامين D2 بفاعلية متفاوتة؛ مما دفع للاعتقاد أن فعاليتها المضادة للذهان تعتمد على حصارها لمستقبلات الدوبامين، وأسهم في تطوير نظرية الدوبامين في الفصام. ولكن اكتشف لاحقاً دواء عُدَّ "غير نموذجي" أو "غير تقليدي"؛ لأنه مضاد قوي للذهان، لكن تأثيره في مستقبلات الدوبامين ضعيف جداً، لذلك أطلق اسم **"مضادات الذهان النموذجية أو التقليدية"** على كل المجموعات الدوائية المذكورة آنفاً، وأصبح الدواء غير النموذجي (وهو كلوزابين) نموذجاً أصلياً لمجموعة من الأدوية سميت **"مضادات الذهان غير النموذجية أو غير التقليدية"**، ويُعرض فيما يلي بعض الأدوية المضادة للذهان مع التركيز على الأدوية الأكثر استخداماً محلياً:

أ- الفينوثيازينات phenothiazines: الدواء الأول في هذه المجموعة هو كلوربرومازين، ومن أدويتها الأخرى ثيوريدازين وتريفلوبيرازين trifluoperazine وفلوفينازين fluphenazine.

يعطى كلوربرومازين بطريق الفم أو العضل، ويندر جداً إعطاء جرعة ضعيفة بطريق الوريد في حالات الهياج الحاد. للكلوربومازين فعالية يعتمد عليها لتهدئة الهياج سواء كان منشؤه عضوياً أم وجدانياً أم فصامياً، ويستخدم على نحو واسع لعلاج الاضطرابات الذهانية المزمنة، ولجرعاته المستخدمة سريرياً مجال عريض تم تقسيمها في إحدى مراجعات كوكران المنهجية إلى جرعات منخفضة (أقل من ٤٠٠ ملغ باليوم) وجرعات معتدلة (بين ٤٠٠ و٨٠٠ ملغ باليوم) وجرعات مرتفعة (أكثر من ٨٠٠ ملغ باليوم)، فتبين أن زيادة الجرعة يرافقها زيادة التحسن السريري، ولكن ترافقها أيضاً زيادة تواتر حدوث التأثيرات الجانبية وزيادة احتمال إيقاف المريض للعلاج، لذلك كان من الضروري تعديل الجرعة لكل مريض للحصول على أفضل تناسب بين الفائدة العلاجية وبين التأثيرات الجانبية المتعلقة بالجرعة كالأعراض خارج الهرمية، وهبوط الضغط الانتصابي. ويرافق استخدام كلوربرومازين في حالات نادرة تأثيرات جانبية خطرة وغير متعلقة بالجرعة مثل فقر الدم وندرة كريات الدم البيض المحببة agranulocytosis، واليرقان، والتهاب الجلد الضيائي. كما يزيد كلوربرومازين من فعالية الباربيتورات والكحول وأدوية التخدير.

يعادل ثيوريدازين كلوربرومازين من حيث الجرعة، لكن مفعوله أضعف وتأثيراته الجانبية خارج الهرمية أخف، ولا يستحب استعماله للمصابين بمشكلات قلبية لترافق استخدامه تبدلات في تخطيط القلب الكهربائي (تطاول QT). ويعتقد أن لتريفلوبيرازين تأثيراً منشطاً للمرضى البليدين والمنعزلين، على عكس بقية الفينوثيازينات ذات التأثير المركن، كما يعتقد أنه فعال نوعي في علاج التفكير الاضطهادي والهلوسة المستفحلة، وهو فعال في علاج الحالات الذهانية الحادة والمزمنة بجرعات صغيرة نسبياً، وترافقه تأثيرات خارج هرمية شديدة. ورغم توافره بأشكال معدة للحقن؛ فإن الشكل الصيدلاني المتوافر والمستخدم في سورية هو الحبوب التي تعطى بجرعة ٥-٤٠ ملغ باليوم. أما فلوفينازين فيستخدم مستحضره مديد التأثير (fluphenazine decanoate) حقناً عضلياً منذ وقت طويل في الطب النفسي في علاج الصيانة طويل الأمد؛ ولاسيما حين تكون المطاوعة غير مضمونة؛ إذ يمكن للأهل التأكد من إعطاء الحقنة العضلية مرة كل ٢-٤ أسابيع، ويساهم انخفاض ثمن الحقنة في استمرار استعمالها لسنوات.

ب- البوتيروفينونات butyrophenones: النموذج الأصلي لهذه المجموعة الدوائية هو هالوبيريدول، وهو مضاد ذهان عالي الفاعلية بجرعات منخفضة؛ إذ إن ٥ ملغ هالوبيريدول تعادل ١٠٠ ملغ كلوربرومازين، ويستخدم هالوبيريدول في علاج المرضى المصابين باضطرابات ذهانية حادة؛ بإعطائه حقناً عضلياً، ويحتمل حين استخدامه ارتفاع حدوث تأثيرات جانبية خارج هرمية؛ ولكنه أقل تسبباً في النعاس وهبوط الضغط الشرياني من معظم الفينوثيازينات. وتتوافر منه حقن عضلية مديدة التأثير (haloperidol decanoate) للاستخدام في علاج الصيانة الهادف إلى منع النكس على المدى الطويل.

ج- الثيوكزانثينات thioxanthenes: النموذج الأصلي للثيوكزانثينات هو فلوبنثيكزول، ويتوافر بشكل حبوب، لكن الاستخدام الأكثر شيوعاً في الممارسة الطبية النفسية المحلية هو بشكل حقنة مديدة التأثير (flupenthixol decanoate) تتوافر بجرعة ٢٠ ملغ و٤٠ ملغ تعطى حقناً عضلياً كل ٢-٤ أسابيع. ومن أدوية هذه المجموعة زكلوبنثيكزول الذي يتوافر بشكل حقنة عضلية مديدة التأثير (zuclopenthixol decanoate)؛ وبشكل حقنة عضلية سريعة التأثير (zuclopenthixol acetate) تستخدم علاجاً أولياً في الاضطرابات الذهانية الحادة؛ ولاسيما التي يرافقها هياج.

د- البنزاميدات المعوضة substituted benzamides: تضم

هذه المجموعة عدداً كبيراً من الأدوية ذات الاستخدامات المختلفة، منها ستة أدوية مضادة للذهان، هي amisulpride، وnemonapride وremoxipride وsulpiride وsultopride وtiapride، ولكن لا يتوافر منها محلياً إلا سلبريد الذي يصنع محلياً، ويتم تسويقه لمعالجة الاضطرابات الهضمية، في حين يرخص في أوربا واليابان لمعالجة الفصام فقط، وهو غير مرخص في أمريكا وكندا. يعطى سلبريد بجرعات عالية (أكثر من ٦٠٠ ملغ باليوم) في الاضطرابات الذهانية الحادة، وتبلغ جرعة الصيانة ٦٠٠ ملغ باليوم، وتأثيراته الجانبية خفيفة، وتبين إحدى مراجعات كوكران المنهجية أن سلبريد أفضل من كلوربرومازين في تحسين الاكتئاب المرافق للفصام.

هـ - ثنائي فينيل بوتيل البيبريدينات diphenylbutylpiperidines: تضم هذه المجموعة أربعة أدوية يصنع منها محلياً بيموزايد pimozide، وهو دواء ذو فاعلية مرتفعة جداً، أعلى من فاعلية هالوبيريدول؛ إذ يعادل ١ ملغ منه نحو ٦٠ ملغ كلوربرومازين. وإضافةً إلى فائدته في معالجة الاضطرابات الذهانية؛ فإنه يستعمل في علاج متلازمة توريت Tourette's syndrome والعرّات المزمنة، وهو يسبب تأثيرات جانبية خارج هرمية وتطاول QT في تخطيط القلب الكهربائي، ونادراً ما يستخدم كلوبيموزايد أو فلوسبيريلين محلياً، ولكن يستخدم أحياناً بنفلوريدول ذو الفاعلية المرتفعة جداً ومدة التأثير الطويلة جداً؛ إذ يدوم تأثير الجرعة الفموية المفردة عدة أيام، وترافقه تأثيرات جانبية خارج هرمية شديدة.

(١)- مضادات الذهان التقليدية مديدة التأثير: من المؤكد أن متابعة المعالجة الدوائية المضادة للذهان تقي من نكس الفصام والاضطرابات الذهانية المشابهة، ولكن نقص مطاوعة المرضى - بسبب انعدام البصيرة إضافةً إلى أسباب أخرى - يدفع المرضى إلى إيقاف الدواء على نحو مبكر؛ مما دفع إلى البحث عن أدوية مديدة التأثير يسهل مراقبة التقيد بها. وأدى هذا البحث إلى إيجاد مجموعة ثنائي فينيل بوتيل البيبريدينات؛ ولاسيما بنفلوريدول الذي يعطى بجرعة أسبوعية وحيدة مقدارها ١٠-٦٠ ملغ؛ وإلى إضافة حمض دسم لتركيب بعض مضادات الذهان لجعلها محاليل زيتية بطيئة ومديدة التأثير، ويتوافر منها محلياً حقن عضلية مديدة التأثير لكل من فلوبنثيكسول (flupenthixol decanoate)، وفلوفينازين (fluphenazine decanoate)، وهالوبريدول (haloperidol decanoate). ويتوافر زكلوبنثيكسول بشكل محلول مائي معتدل فترة التأثير (zuclopenthixol acetate) ومحلول زيتي مديد فترة التأثير (zuclopenthixol decanoate).

(٢)- مضادات الذهان غير التقليدية atypical antipsychotics: قُدِّمت مضادات الذهان غير التقليدية (أو الجيل الثاني من مضادات الذهان) على أنها أكثر فعاليةً وأقل إحداثاً للتأثيرات الجانبية (ولاسيما الأعراض خارج الهرمية) من مضادات الذهان التقليدية، ولكن تبين بعدئذٍ أن ذلك لم يكن مسنداً ببراهين متينة: مع استثناء وحيد هو كلوزابين clozapine الذي تتوافر براهين قوية على أنه أكثر فعاليةً من الأدوية التقليدية ومن الأدوية غير التقليدية. لقد دفع الاعتقاد أن مضادات الذهان غير التقليدية تمتاز من مضادات الذهان التقليدية بقلة إحداثها للتأثيرات الجانبية إلى تفضيل استخدامها خطاً أول لمعالجة الفصام والاضطرابات المشابهة مع أن تكلفة العلاج بها أعلى بكثير؛ ولكن تبين لاحقاً أن لمضادات الذهان التقليدية تأثيرات جانبية استقلابية خطرة تشمل البدانة وداء السكري وفرط كولستيرول المصل وشحومه.

لا تتوافر محلياً مضادات الذهان غير التقليدية التالية: كويتيابين quetiapine، وزيراسيدون ziprasidone، وزوتيبين zotepine، وأريبيبريزول aripiprazole، ولكن استخدام كل من أولانزبين olanzapine ورسبريدون risperidone أصبح شائعاً بعدما تم تصنيعهما محلياً وتوافرهما بثمن مقبول، وهما يستخدمان لمعالجة الاضطرابات الذهانية الحادة؛ وللوقاية من النكس. تبلغ جرعة أولانزبين اليومية الوسطية ٥-٢٠ ملغ، ومن تأثيراته الجانبية النعاس وزيادة الوزن واضطراب استقلاب السكر مع ميل لحدوث الداء السكري، وتبلغ جرعة رسبريدون المعتادة نحو ٤-٦ ملغ/اليوم، ومن تأثيراته الجانبية النعاس، وفي حالات أقل أعراض خارج هرمية واضطرابات الدورة الطمثية بسبب فرط برولاكتين المصل.

يصنع كلوزابين الآن محلياً، وهو النموذج الأصلي لمضادات الذهان غير التقليدية، ويتبين من إحدى مراجعات كوكران المنهجية لمؤلفين سوريين أن كلوزابين أفضل من مضادات الذهان التقليدية في تحسين الصورة السريرية للفصام (العدد اللازم للعلاج ٦) [ر. الفحص والتشخيص في الطب النفسي] وفي الوقاية من نكس الفصام (العدد اللازم للعلاج ٢١)، وتصبح فعالية كلوزابين العلاجية أوضح في حالات الفصام المعند على العلاج (العدد اللازم للعلاج ٤)؛ إذ يستجيب للعلاج بكلوزابين ربع المرضى المصابين بفصام معند على مضادات الذهان التقليدية. ويتبين من مراجعة كوكران

منهجية أخرى أن فعالية كلوزابين أفضل من فعالية زوتيبين؛ وقد تكون أفضل أيضاً من أولانزبين وكويتيابين ورسبريدون وزيراسيدون.

تبين البراهين المتوافرة أن كلوزابين أقل إحداثاً لارتفاع تركيز برولاكتين المصل والتأثيرات الجانبية خارج الهرمية من مضادات الذهان التقليدية؛ ولكنه أكثر إحداثاً للنعاس والإلعاب وارتفاع الحرارة وزيادة الوزن وتحريض نوب اختلاجية واعتلالات دموية (أخطرها نقص الكريات البيض في حالات نادرة). وقد أدى حدوث وفيات باستعماله ناجمة عن نقص الكريات البيض إلى وضع شروط نوعية لوصفه في دول عديدة، منها سورية، حيث يشترط: وصف كلوزابين فقط لحالات الفصام المعند على الأدوية الأخرى، ومراقبة تعداد الكريات البيض بانتظام، ووصف كلوزابين حصراً من قبل أطباء مختصين بالطب النفسي.

فترة العلاج:

يختلف طول الفترة الزمنية التي يحتاج المريض إلى الاستمرار في أثنائها على تناول الدواء المضاد للذهان - تقليدياً كان أم غير تقليدي - باختلاف التشخيص؛ ففي بعض الاضطرابات الحادة يمكن إيقاف العلاج بعد فترة قصيرة من زوال الأعراض الذهانية؛ في حين يغلب أن يحتاج المصابون بالفصام إلى الدواء عدة سنوات؛ وأحياناً طوال العمر. ومن المهم شرح ذلك للمريض ولذويه بوضوح؛ لأن عدم فهم المنطق خلف المداواة طويلة الأمد في ظروف لا يعاني المريض فيها أي أعراض هو أهم أسباب عدم المطاوعة، ويمكن إغناء هذا الشرح بمعلومات كمية (رقمية) تقدمها مراجعات كوكران المنهجية؛ منها مثلاً مراجعة أجراها أطباء سوريون لتوضيح الفرق بين متابعة العلاج وبين قطع العلاج من حيث نكس مرض الفصام، وكان العدد اللازم للعلاج ٤ على المدى القصير والمتوسط والطويل (أي إنه كلما تابع أربعة مرضى العلاج لسنوات؛ تتم الوقاية من نكس إلى آخر إضافةً إلى الوقاية المصحوبة باستخدام الفغل).

التأثيرات الجانبية:

هناك أربعة أنماط من التأثيرات الجانبية العصبية التي يشيع ترافقها واستخدام الأدوية المضادة للذهان التقليدية تنجم عن حصار مستقبلات الدوبامين في النوى الدماغية القاعدية، وهي الباركنسونية الدوائية، وخلل التوتر dystonia وتعذر الجلوس akathisia وخلل الحركة المتأخر tardive dyskinesia، وقد كان إنقاص وقوع هذه التأثيرات الجانبية أحد أهم إنجازات تطوير مضادات الذهان الجديدة "غير التقليدية".

● **الباركنسونية الدوائية:** هي تأثير جانبي شائع الحدوث في المعالجة بمضادات الذهان التقليدية؛ ولاسيما مرتفعة الفاعلية highpotency مثل هالوبيريدول وبيموزايد، وتتضمن حركة بطيئة تشبه حركة الرجل الآلي، ومشية واسعة القاعدة، وتعابير وجهية جامدة تشبه القناع، ورجفاناً قصدياً في اليدين وأجزاء أخرى من الجسم، وهي عكوسة تخف أو تزول بخفض جرعة الدواء، ويمكن علاجها بمضادات الأستيل كولين المضادة لداء باركنسون مثل بنزهكزل benzhexol بجرعة ٢-١٥ مغ/اليوم (ويجدر التنبيه هنا على خطأ يرتكبه بعضهم بمحاولة علاج الباركنسونية الدوائية بأدوية داء باركنسون الأخرى مثل LDopa؛ لأنه لا يوجد نقص دوبامين في الباركنسونية الدوائية).

● **خلل التوتر:** هو تقلص عضلي مفاجئ في الوجه والعنق قد يتظاهر بدوران الرقبة المفاجئ، أو بشكلة عيون للأعلى، أو بتصلب اللسان وبروزه؛ مما يشكل حالة مزعجة ومؤلمة للمريض، كما أنها مزعجة ومنذرة لذويه، وهي سبب شائع لعدم المطاوعة مع المداواة. يستجيب هذا العرض للمداواة بمضادات الأستيل كولين المضادة لداء باركنسون، ويمكن في الحالات الحادة إراحة المريض على الفور عن طريق الحقن الوريدي البطيء بـ ٥-١٠ملغ ديازيام بيد طبيب خبير.

● **تعذر الجلوس:** هو حالة يعاني فيها المريض دافعاً لا يقاوم لتحريك القدمين للأعلى وللأسفل (لذلك يسمى هذا العرض الجانبي أحياناً: متلازمة تململ القدمين)، وتتحسن الحالة بخفض جرعة الدواء المضاد للذهان أو بوصف دواء مضاد لباركنسون أو بكليهما. يحدث تعذر الجلوس خلال أسبوع أو أسبوعين من بدء المداواة بأحد مضادات الذهان.

● قد لا يشاهد **خلل الحركة المتأخر** إلا بعد أن يثابر المريض على تناول الأدوية المضادة للذهان عدة أشهر أو سنوات، ويتظاهر بحركات مص الشفتين قد تتطور لتشمل حركات أخرى مثل المضغ ومد اللسان وحركات لي العنق والجذع، وهي حركات مزعجة لمن يعانيها ولمن ينظر إلى المريض، ولا تستجيب للمعالجة بمضادات داء باركنسون، وقد تتحسن بإيقاف مضاد الذهان أو تبديله. وتبين مراجعات كوكران المنهجية عدم توافر براهين علاجية لعشرات الأدوية التي جربت لعلاج خلل الحركة المتأخر.

إضافةً إلى هذه التأثيرات الجانبية العصبية: يؤدي حصار مستقبلات الدوبامين النخامية بمضادات الذهان إلى فرط برولاكتين الدم؛ وبالتالي إلى التثدي وإدرار الحليب وعدم

انتظام الدورة الطمثية أو انقطاع طمث عكوس. كما يسبب العديد من مضادات الذهان تأثيرات جانبية كولينرجية تتضمن جفاف الفم والإمساك والأسر (الاحتباس) البولي وتشوش الرؤية وخلل وظيفة الانتصاب.

هناك تأثير جانبي نادر جداً لمضادات الذهان، هو متلازمة مضادات الذهان الخبيثة neuroleptic malignant syndrome التي تحدث حين بدء العلاج أو حين رفع الجرعة أو حين تبديل مضاد ذهان بآخر، ويزداد خطر الإصابة بها باستخدام جرعات عالية من مضادات الذهان؛ ولاسيما ذات الفاعلية المرتفعة، وتشتمل أعراضها على صلابة جسم مفرطة؛ ولاسيما فوق البطن، وحرارة مفرطة الارتفاع، وتغيم الوعي، وهي حالة سريعة الترقي قد تنتهي بالوفاة خلال ٢٤ ساعة، والسبب الشائع للموت فيها هو الوهط القلبي الدوراني، وقد تترك أذية دماغية دائمة عند الذين ينجون منها. تعالج هذه المتلازمة بالإجراءات التمريضية الداعمة وبإعطاء ناهض (مُقَلِّد agonist) دوبامين مركزي مثل بروموكريبتين bromocriptine ومرخ عضلي محيطي مثل دانترولين dantrolene.

٢- الأدوية المضادة للاكتئاب:

تتضمن هذه الفئة العديد من الأدوية متنوعة البنية الكيميائية وآلية التأثر، يجمعها تأثيرها المحسن للمزاج ولبقية أعراض الاكتئاب، ومع بعض الاستثناءات النادرة - مثل أغوميلاتونين (وهو ناهض لمستقبلات الميلاتونين)- فإن معظم مضادات الاكتئاب شائعة الاستعمال تعمل أساساً بتيسير النقل العصبي السروتونيني أو النورأدرينالييني أو كليهما معاً، إما عن طريق زيادة إطلاق هذه المواد في الفاصل المشبكي؛ وإما عن طريق إنقاص تخريبهما وإبطائه، أو إنقاص استردادهما إلى العصبونات. ولكن لابد قبل التعرض للأدوية المضادة للاكتئاب من التذكير بأن الدواء ما هو إلا شكل واحد من أشكال العلاج المستخدمة في الطب النفسي، وأنه قد لا يكون ضرورياً في بعض الحالات التي قد تستفيد أكثر من أحد أشكال المعالجة النفسية، كما يمكن أحياناً تضخيم الاستجابة العلاجية بمشاركة العلاج الدوائي والعلاج النفسي. أما عند اللجوء إلى الدواء؛ فلابد من تذكر بعض القواعد الأساسية في المداواة النفسية قبل تحديد الدواء الموصوف وجرعته وفترة تناوله. فمن الضروري مراقبة كل المرضى لكشف أي ميول انتحارية والوقاية منها؛ ولاسيما في الأسابيع الأولى للمعالجة، فقد يتطلب بدء التحسن بالمعالجة الدوائية أسبوعين أو أكثر؛ مما يتطلب اللجوء إلى المعالجة بالتخليج الكهربائي في حالات الاكتئاب الشديدة؛ ولاسيما المصحوبة بخطر انتحار شديد. ولما كان المرضى يحاولون الانتحار بتناول كميات كبيرة من الأدوية الموصوفة؛ فإنه يجب عدم تزويد المريض بكمية كبيرة من الأقراص، كما يفضل حين يكون خطر الانتحار كبيراً تجنب وصف ثلاثيات الحلقة القديمة والاستعاضة منها مشتقاتها الأحدث ذات السمية الأقل بالجرعات العالية، أو اللجوء إلى أدوية أسلم مثل مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (SSRIs).

يوصى بوصف مضاد اكتئاب واحد بالجرعة الصحيحة فترة كافية؛ وبعدم مشاركة عدة أدوية مضادة للاكتئاب بالوقت نفسه، فقد تكون هذه المشاركة خطرة، ولا يوجد أي دليل على أنها تخفف من التأثيرات الجانبية. كذلك ينصح عدم استعمال المستحضرات الصيدلانية التي تحتوي على مزيج من دواء مضاد اكتئاب وآخر مزيل للقلق anxiolytic؛ وذلك بسبب ضرورة تعديل الجرعة المناسبة لكل شخص؛ ولأن مضادات الاكتئاب تعطى باستمرار أشهراً عديدة في حين يجب وصف مزيلات القلق لفترة قصيرة من الزمن فقط.

يجب عادة استمرار المعالجة عدة أسابيع قبل ظهور التحسن السريري، ويجب بعدها الاستمرار بالمعالجة لبضعة أشهر؛ فالسحب المبكر للعلاج يرافقه النكس. يمكن في علاج الهجمة الأولى للاكتئاب تخفيف الجرعة تدريجياً وإيقاف العلاج بعد ٦-١٢ شهراً أو أكثر من التحسن. أما حين علاج هجمة اكتئاب متكرر ومعاود؛ فقد يجب استمرار العلاج الوقائي بجرعة فعالة عدة سنوات. ويفضل في نهاية العلاج تخفيف الجرعة تدريجياً مدة ٤ أسابيع قبل قطع العلاج؛ فقد يؤدي وقف العلاج فجأة عقب تناول دواء مضاد للاكتئاب (خصوصاً مثبطات أكسيداز الأمين الأحادي) على نحو منتظم مدة ٨ أسابيع أو أكثر إلى ظهور أعراض سحب تشمل أعراضاً هضمية مثل الغثيان والقياء والقهم؛ إضافة إلى الصداع والدوام (الدوخة) والقشعريرة والأرق؛ وأحياناً الهوس الخفيف (تحت الهوس hypomania) والهلع والتململ الحركي الشديد. وأخيراً، إن كل الأدوية المضادة للاكتئاب قد تسبب نقص صوديوم الدم؛ ولاسيما في المسنين، قد يكون ناجماً عن اضطراب إفراز الهرمون المضاد للإدرار، لذلك يجب تقصي نقص الصوديوم حين يرافق المعالجة المضادة للاكتئاب نعاس أو تخليط أو اختلاج.

تصنيف الأدوية المضادة للاكتئاب:

تصنف الأدوية المضادة للاكتئاب بطرائق مختلفة، فقد تصنف بحسب صيغتها الكيميائية أو بحسب أحد تأثيراتها

الرئيسية، وسبب هذه الاختلافات حقائق تاريخية تتعلق بكيفية اكتشاف التأثير العلاجي للأدوية المضادة للاكتئاب؛ فقد اكتشف تأثير بعض هذه الأدوية بالمصادفة في حين تم صنع بعضها بهدف الحصول على تأثير دوائي محدد (الشكل ١).

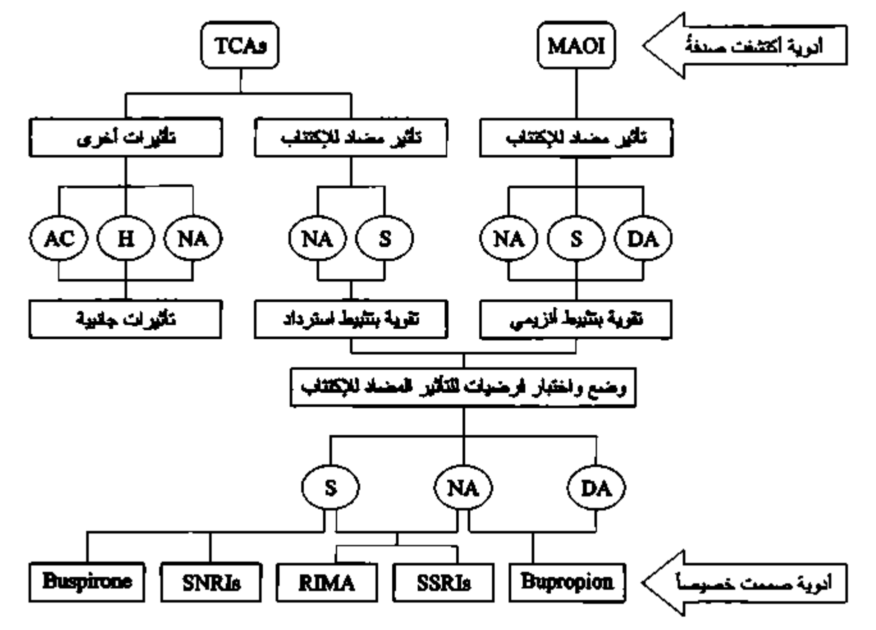
وبذلك يمكن تصنيف الأدوية المضادة للاكتئاب على الشكل التالي:

أ- المثبطات اللا انتقائية لاسترداد الأمين الأحادي (وهي مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة tricyclic antidepressants ومضادات الاكتئاب متغايرة الحلقة heterocyclic antidepressants).

تضم هذه المجموعة الأدوية ثلاثية الحلقة القديمة (مثل إيميبرامين وأميتريتلين وكلوميبرامين) وأدوية مشابهة ثنائية الحلقة أو رباعية الحلقة (مثل مابروتيلين). لهذه الأدوية تأثير فعال في الاكتئاب، وهي أقوى فعاليةً حين تكون أعراض الاكتئاب نوبية وذات بدء واضح مسبوق بفترة من المزاج الطبيعي، ويستفيد منها على نحو خاص المرضى الذين يعانون أعراضاً بيولوجية للاكتئاب مثل اضطراب النوم وفقد الشهية للطعام والخمول ونقص الرغبة الجنسية ونقص التمتع بالحياة، في حين تخف فائدتها في المرضى المزمنين بأعراض "عصابية" غير وصفية للاكتئاب (أي المصابين باكتئاب جزئي (أو خلل مزاج) dysthymia).

تكمن الفوارق التي تميز هذه الأدوية بعضها من بعض أساساً في تأثيراتها الجانبية؛ وفي نسب تثبيط كل منها لاسترداد كل من السيروتونين والنورأدرينالين إلى العصبونات: فبعضها - مثل مابروتيلين - يثبط على نحو رئيس استرداد النورأدرينالين، في حين أن لبعضها الآخر، مثل كلوميبرامين، تأثير أقوى في استرداد السيروتونين.

لهذه الأدوية عمر نصفي طويل يسمح بإعطائها بجرعة يومية واحدة؛ في المساء عادةً، وقد يستفاد حينها من تأثيرات بعضها الجانبية المركنة والمسببة للنعاس (مثل أميتريتلين وكلوميبرامين ودوثيبين ودوكسيبين ومابروتيلين وميانسيرين وتريميبرامين) في الحالات التي يرافقها القلق أو الهياج، في حين يفضل إعطاء المريض المنعزل واللامبالي أدوية أقل تركيناً مثل أموكسابين أو ديسيبرامين أو إيميبرامين أو لوفيبرامين أو نورتريبتلين أو فيلوكسازين، أو البروتريبتلين الذي يمتاز بفعل منبه. تنجم التأثيرات الجانبية لهذه الأدوية عن حصارها- بنسب متفاوتة - لمستقبلات الأستيلكولين الموسكارينية (فتسبب جفاف الفم والإمساك والاحتباس البولي، وتشوش الرؤية نتيجة اضطراب المطابقة، والزرق، وتسرع القلب، واضطراب الاستعراف والهذيان؛ ولاسيما عند المسنين، وسوء الوظيفة الجنسية)؛ وحصارها لمستقبلات الأدرينالين a1 (فتسبب النعاس وهبوط الضغط الانتصابي واضطراب الاستعراف وسوء الوظيفة الجنسية) ولمستقبلات الهستامين H1 (فتسبب النعاس وزيادة الوزن)، كما أنها تؤثر في وظائف الغشاء الخلوي مسببةً نوباً اختلاجية صرعية (مابروتيلين خاصة)؛ واضطراباً في نظم



الشكل (١) تطور المداواة المضادة للاكتئاب من أدوية اكتشفت مصادفة إلى مجموعات دوائية صممت بناء على أسس نظرية.
NA=noradrenaline, AC=acetylcholine, DA=dopamine, H=histamine, S=serotonin, MAOIs=monoamine oxidase inhibitors, SSRIs=selective serotonin reuptake inhibitors, TCs=tricyclic antidepressants, RIMs=reversible inhibitors of monoamine oxidase A-type.

القلب وفي النقل الكهربائي القلبي (أميتربتلين خاصة)، ولها تأثيرات جانبية أخرى تشمل الاندفاعات الجلدية، والوذمة، ونقص الكريات البيض (ميانسيرين خاصة)، وارتفاع الإنزيمات الكبدية.

تظهر التأثيرات الجانبية في بداية العلاج، وتميل إلى الزوال مع الوقت، لذلك يجب تشجيع المرضى على الاستمرار بالمعالجة، ويمكن تخفيف التأثيرات الجانبية بالبدء بجرعة خفيفة تزاد تدريجياً، ولهذا البدء المتدرج أهمية خاصة في المسنين؛ لأنهم معرضون لهجمات من الدوام أو الإغماء الناجم عن تأثير هذه الأدوية الخافض للضغط الشرياني، كذلك يجب الانتباه لنقص صوديوم الدم في المسنين.

توفر الصناعة الدوائية المحلية كلاً من أميتربتلين وكلوميبرامين وإيمبرامين ومابروتيلين، والأكثر استخداماً من هذه المجموعة هو أميتربتلين amitriptyline الذي يُعدّ مثالاً نموذجياً لمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة ومشابهاتها، وهناك براهين بحثية على فعاليته؛ إذ يرافق استخدامه تحسن نحو ٣ من كل ٤ مرضى مصابين بالاكتئاب؛ إذا استخدم بطريقة مناسبة. يقال عادةً: إن الجرعة الفعالة هي بين ١٢٠ و١٥٠ ملغ/اليوم، ولكن يلاحظ أن كثيراً من المرضى يتحسنون على جرعات أخفض من ذلك. ترفع الجرعة تدريجياً عادةً من ٢٥ ملغ/اليوم وبزيادة ٢٥ ملغ كل يومين حتى بلوغ الجرعة الفعالة، ويعطى عادةً بنهاية اليوم للاستفادة من تأثيره الجانبي المركن في تحسين النوم. ويستطب أيضاً في سلس البول الليلي في الأطفال، (يعطى للأطفال بعمر ٧-١٠ سنوات بجرعة ١٠-٢٠ ملغ، وللأطفال بعمر ١١-١٦ سنة بجرعة ٢٥-٥٠ ملغ وقت النوم). ويجب الحذر من وصفه عند وجود مرض قلبي (ولاسيما اضطرابات النظم)، أو تأذٍّ كبدي، أو اعتلال درقي، أو ورم القواتم pheochromocytoma، أو زرق مغلق الزاوية، أو البرفيرية، أو سوابق صرع أو هوس أو انقطاع البول anuria. كذلك يجب الحذر عند الكهول في أثناء الحمل والإرضاع، والتخدير العام؛ إذ يزداد خطر اضطرابات النظم وانخفاض الضغط. هذا، ويسبب أميتربتلين نعاساً قد يؤثر في الفعاليات التي تحتاج إلى مهارة خاصة (مثل قيادة السيارات)، كما أنه يعزز تأثير الكحول، ويُعدّ مضاداً للاستطباب في احتشاء العضلة القلبية الحديث وعند وجود اضطراب بنظم القلب (ولاسيما حصار قلب) وفي أثناء هجمة الهوس وفي الاعتلال الكبدي الشديد.

يختلف كلوميبرامين clomipramine عن أميتربتلين بأنه أكثر حصراً لاسترداد السيروتونين منه لاسترداد النورأدرينالين، ويستطب كلوميبرامين في الاكتئاب والرهابات والاضطراب الوسواسي القهري، وله ما للأميتربتلين من التأثيرات الجانبية والمحاذير ومضادات الاستطباب، ويعطى عن طريق الفم بجرعة بدئية مقدارها ٢٥ ملغ باليوم، تزاد تدريجياً بحسب الحاجة إلى جرعة قصوى مقدارها ٢٥٠ ملغ يومياً.

يعتقد أن لبعض مضادات الاكتئاب رباعية الحلقة تأثيراً على النورأدرينالين وتأثيراً نوعياً في السيروتونين (NaSSAs) noradrenergic and specific serotonergic antidepressants، ويتوافر منها محلياً ميرتازابين mirtazapine، واستطباباتها هي استطبابات بقية أدوية هذه المجموعة، وقد تتميز بتأثيرات جانبية أخف.

ب- المثبطات الانتقائية لاسترداد الأمين الأحادي: وتضم:

(١)- مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (SSRIs) selective serotonin reuptake inhibitors مثل سيتالوبرام وإسيتالوبرام وفلوكسيتين وفلوفوكسامين وباروكسيتين وسيرترالين، وهي أدوية مضادة للاكتئاب تمتاز من مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة بأنها أقل تركيناً وأقل سميةً للعضلة القلبية وأضعف حصاراً للمستقبلات الموسكارينية، ولكن لها تأثيرات جانبية هضمية (إسهال وغثيان وقياء)، كما قد تسبب الصداع والتململ والقلق، وقد تثير نوبة الصرع.

تعد مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية الخيار الأول لعلاج الاكتئاب في معظم أرجاء العالم بسبب النمط التفضيلي لتأثيراتها الجانبية على نحو رئيس، وتفيد أيضاً في الوقاية من تكرر نوب الهلع وفي معالجة الاضطراب الوسواسي القهري.

توفر الصناعة الدوائية المحلية جميع أدوية هذه المجموعة، وأقدمها فلوكسيتين fluoxetine الذي يفيد في علاج الاكتئاب الذي يرافقه القلق أو لا يرافقه، ويعطى بجرعة يومية واحدة مقدارها ٢٠ ملغ، وترفع الجرعة تدريجياً في الاضطراب الوسواسي القهري إذا لم يستجب للدواء بعد عدة أسابيع إلى ٦٠ ملغ يومياً، ويمكن استخدامه للأطفال، وهو جيد التحمل؛ مما يحسن مطاوعة المريض، وقد يعاني بعض المرضى تأثيرات جانبية، أهمها الغثيان والصداع والأرق والنزق والإسهال. يشيع أيضاً استخدام سيرترالين sertraline محلياً، ويعطى بجرعة يومية وحيدة من ٥٠-١٠٠ملغ/اليوم، وهو فعال في معظم أنماط الاكتئاب بما فيها الاكتئاب المزمن والاكتئاب المصحوب بأعراض ذهانية. ويستخدم باروكسيتين

paroxetine بجرعة مقدارها ٢٠ ملغ/اليوم، ويمكن رفع الجرعة حتى ٥٠ ملغ/اليوم عند اللزوم، وتأثيراته الجانبية معتدلة؛ إذ يشكو المرضى أحياناً الصداع والغثيان والدوخة والإسهال، ويجب أن يتم إيقافه - مهما كان استطبابه - دائماً بحذر لمنع ظهور ما يمكن حدوثه أحياناً من أعراض الامتناع withdrawal.

(٢)- مثبطات استرداد السيروتونين والنورأدرينالين (SNRIs)serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors: مثل فنلافاكسين venlafaxine ودولوكستين duloxetine اللذين يتم تصنيعهما محلياً في سورية، ودسفنلافاكسين desvenlafaxine. وقد بدأ استخدام فنلافاكسين أول أدوية هذه المجموعة عام ١٩٩٤، ويعتمد تأثيره المثبط للاسترداد على جرعته؛ فالجرعات التي تقل عن ١٥٠ ملغ باليوم تثبط استرداد السيروتونين فقط، في حين تثبط الجرعات التي تزيد على ١٥٠ ملغ باليوم استرداد كل من السيروتونين والنورأدرينالين، وقد يثبط بجرعات أعلى من ٣٠٠ ملغ باليوم استرداد الدوبامين أيضاً. دسفنلافاكسين هو مستقلب فعال لفنلافاكسين، ويعتقد أن له تأثيراته نفسها، ولكن البراهين المتوافرة توحي أنه أقل فعاليةً من دولوكستين ومن فنلافاكسين. يستطب دولوكستين لعلاج الاكتئاب واضطراب القلق المعمم والآلام العصبية، وهو مضاد استطباب في الكحوليين والمصابين بأمراض كبدية مزمنة.

(٣)- مثبطات استرداد الدوبامين النوعية، وتضم دواء واحداً، هو بوبروبيون bupropion الذي يتم تصنيعه محلياً، ويمتاز من بقية الأدوية المضادة للاكتئاب بأنه يرتبط ارتباطاً نوعياً بناقل الدوبامين، ويثبط استرداد كل من الدوبامين والنور أدرينالين، كما أن له تأثيراً مناهضاً antagonistic لمستقبلات الأستيلكولين النيكوتينية، وقد سُوّق أولاً بوصفه مضاد اكتئاب؛ ولكن وجد بعدئذٍ أنه فعّال في المساعدة على التوقف عن التدخين، وهو مضاد فعال للاكتئاب منفرداً أو مضافاً إلى مضادات اكتئاب أخرى. ومن تأثيراته الجانبية خفض عتبة الاختلاج وتحريض نوب الصرع؛ ولكنه يمتاز من بقية مضادات الاكتئاب بأنه لا يسبب زيادة الوزن ولا اضطراب الوظيفة الجنسية، بل قد يرافق استخدامه نقص الوزن وتحسن الرغبة الجنسية.

ج- مثبطات أكسيداز أحادي الأمين (MAOIs): monoamine oxidase inhibitors وتضم هذه المجموعة أيزوكاربوكسازيد isocarboxazid وترانيل سيبرومين tranylcypromine وفينيلزين phenelzine، وهي أدوية فعالة في معالجة الاكتئاب؛ ولكنها قليلة الاستعمال بسبب خطورة تداخلها مع الأدوية المُحاكية للودي sympathomimetic والأغذية المحتوية على التيرامين.

تستطب مثبطات أكسيداز الأمين الأحادي في حالات الرهاب، وفي الاكتئاب؛ ولاسيما الذي ترافقه أعراض غير نموذجية مراقية أو هسترياثية، ويمكن تجريبها في كل مريض لا يستجيب للمعالجة بمضادات الاكتئاب الأخرى. وكما في كل الأدوية الأخرى يجب تذكر أن الأثر العلاجي قد يتأخر ثلاثة أسابيع أو أكثر، ويفضل سحب هذه الأدوية بالتدريج في نهاية فترة العلاج. إن آلية التأثير الرئيسة لهذه الأدوية هي منع تخريب النورأدرينالين والسيروتونين، وذلك عن طريق الارتباط ارتباطاً غير عكوس بأكسيداز الأمين الأحادي (MAO) الذي يؤكسد تلك المواد إضافةً إلى أمينات أحادية أخرى ترد مع الطعام والأدوية. ويمكن لهذا التداخل الدوائي- الدوائي أو الدوائي - الطعامي أن يكون مهدداً للحياة. والتأثيرات الجانبية الأكثر شيوعاً للأدوية المثبطة لأكسيداز الأمين الأحادي هي هبوط الضغط الانتصابي واحتباس السوائل ونقص سكر الدم.

يندر توافر مثبطات أكسيداز الأمين الأحادي محلياً، ولكن يُذكَر مثالاً عليها فينيلزين الذي يستطب في الاكتئاب بجرعة ١٥ ملغ ثلاث مرات يومياً (مرضى المستشفيات ٣٠ملغ ثلاث مرات يومياً) تخفف لاحقاً تدريجياً لأقل جرعة صيانة ممكنة (قد تكون ١٥ ملغ كل يومين)، ولا يوصى به للأطفال.

د- المثبطات العكوسة لأكسيداز أحادي الأمين نمط أ (RIMAs) reversible inhibitors of MAO A-type: وهي مجموعة حديثة من الأدوية المضادة للاكتئاب، منها موكلوبيميد moclobemide وبروفارومين brofaromine يعتقد أنها لا تتداخل مع التيرامين ولا مع مقلدات الودي؛ مما يجعلها أسلم من أدوية المجموعة السابقة.

يصنع من هذه الأدوية محلياً موكلوبيميد، ويستعمل في علاج الاكتئاب بجرعة ٣٠٠ ملغ يومياً تعدل بحسب الاستجابة زيادةً أو نقصاناً إلى ما بين ١٥٠-٦٠٠ ملغ يومياً مجزأة على ثلاث جرعات تؤخذ بعد الأكل، ولا يوصى به للأطفال، ويعطى بحذر في حالات الهياج والانسمام الدرقي وتأذي الكبد الشديد وفي أثناء الحمل والإرضاع، ويُعدّ مضاد استطباب في حالات الهذيان الحادة وفي ورم القواتم، ومن تأثيراته الجانبية: اضطراب النوم، والدوام، والغثيان، والصداع، والتململ، والهياج، ونادراً ارتفاع إنزيمات الكبد ونقص صوديوم الدم.

هـ- طلائع الأمينات الأحادية: المستعمل منها سريرياً هو التريتوفان؛ طليعة السيروتونين، وهو غير متوافر محلياً.

و- أدوية تعمل على مستقبلات السيروتونين، منها ناهضات مستقبل السيروتونين 5HT2 مثل ترازودون trazodone ونيفازودون nefazodone، ومناهضات مستقبل السيروتونين 5HT1A مثل بوسبيرون buspirone.

تستخدم مضادات الاكتئاب على نحو واسع، وينصح عادةً استخدام مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية خطاً أول في معالجة الاكتئاب، وتتوافر براهين علاجية على فعالية هذه الأدوية، كما تحتوي مكتبة كوكران على عدد من المراجعات المنهجية التي تقارن بين مختلف مضادات الاكتئاب والتي يتم تحديثها على نحو منتظم: فمثلاً: تبين مراجعة منهجية لتجارب معشاة تقارن بين مضادات الاكتئاب وبين الدواء الغفل في الرعاية الصحية الأولية فعالية كل من مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة (العدد اللازم للعلاج ٩) ومثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (العدد اللازم للعلاج ٧)، ويبين عدد من المراجعات المنهجية أن فعالية مختلف مضادات الاكتئاب متشابهة، مع فوراق في التأثيرات الجانبية: إذ يكثر مع فلوفوكسامين - مثلاً- الغثيان والقياء؛ ومع سيرترالين الإسهال.

٣- الأدوية المثبتة للمزاج mood stabilizers:

تندرج تحت عنوان "الأدوية المثبتة للمزاج" مجموعة من الأدوية ذات التأثير المنظم للمزاج، لذلك فإن استطبابها الرئيس هو اضطراب المزاج ثنائي القطب، وأكثر أدوية هذه المجموعة استخداماً هو الليثيوم وبعض مضادات الاختلاج مثل فالبروات valproate، وكاربامازيبين carbamazepine، ولاموتريجين lamotrigine.

أ- الليثيوم lithium: هو أحد عناصر الجدول الدوري، ويتوافر صيدلانياً بشكل ملح الكربونات أو السترات، وهو يطرح من الجسم عن طريق الكلية، وتظهر آثار منه في اللعاب وفي العرق، وهو مادة سامة والفرق بين جرعته العلاجية وجرعته السمية ضيق جداً، ويوجب ضيق المجال العلاجي لليثيوم مراقبة تركيزه المصلي على نحو منتظم، ويقع المجال العلاجي بين ٠,٥ و١,٥ ميلي مكافئ/لتر، ويتأثر التركيز المصلي بالتجفاف وبالمواد التي تسبب نضوب الصوديوم مثل المدرات التي قد ترفع التركيز المصلي مسببةً التسمم بالليثيوم. يعطى الليثيوم بجرعة ابتدائية صغيرة ترفع تدريجياً حتى بلوغ التركيز المصلي العلاجي، وتبلغ الجرعة الفعالة عادةً ما بين ٩٠٠ و١٨٠٠ ملغ باليوم.

يستخدم الليثيوم في علاج الهوس وتحت الهوس (الهوس الخفيف)، ويتأخر ظهور تأثيره ٥-٧ أيام في الهجمة الهوسية الحادة؛ مما قد يوجب إشراكه أولاً بأدوية مضادة للذهان. ولكن الاستخدام الأكثر شيوعاً لليثيوم هو علاج الصيانة طويلة الأمد لاضطراب المزاج ثنائي القطب؛ إذ يؤخذ عدة سنوات وأحياناً مدى الحياة للوقاية من تكرر هجمات كل من الهوس والاكتئاب، ويفيد في الوقاية من التكرار حتى في الاكتئاب أحادي القطب. التأثيرات الجانبية الأكثر شيوعاً للمعالجة بالليثيوم هي البوال (تعدد البيلات) والعطاش وتخريش المعدة والرعاش وزيادة الوزن. والليثيوم مشوه للجنين، ويجب تجنبه في أثناء الحمل، كما لا يعطى لأي شخص لديه قصور بوظائف الكلية، ويجب فحص وظائف الكلية دورياً لكل الذين يعالجون بالليثيوم، أما قصور الدرق فليس مضاد استطباب في أجزاء كثيرة من العالم بسبب توافر المعالجة الدرقية المعوضة. في المستويات السمية لليثيوم (أعلى من ٢ ميلي مكافئ/لتر) قد يحدث الرنح وقلة البول أو انقطاعه والقياء والإسهال والنوام lethargy.

المشكلة الرئيسة لاستخدام الليثيوم في المجتمعات النامية - ولاسيما في المناطق الريفية - هي الحاجة إلى تكرار الفحوص المخبرية لفحص وظائف الكلية وللتأكد من أن مستوى الليثيوم في المصل هو ضمن المجال العلاجي، والحاجة إلى فحص وظائف الغدة الدرقية وللعلاج الدرقي المعوض أحياناً، لهذه الأسباب - ورغم أن الليثيوم يستخدم في كثير من المدن - فإن استخدامه ليس منتشراً في المجتمعات النامية انتشاره في الدول الصناعية.

ب- مضادات الاختلاج anticonvulsants: فالبروات الصوديوم هو مضاد اختلاج يستخدم تقليدياً لعلاج الداء الصرعي الصغير، وله تأثيرات مضادة للهوس ومثبتة للمزاج تجعله مفيداً في علاج الهوس والهوس الخفيف وفي علاج الصيانة لاضطراب المزاج ثنائي القطب، وتبلغ جرعته اليومية نحو ٥٠٠ -١٠٠٠ملغ/اليوم، وقد يسبب انزعاجاً هضمياً، ونعاساً ورعاشاً؛ وأخطر من هذا وأندر سميةً كبدية والتهاب المعثكلة.

وكاربامازيبين دواء آخر معروف في علاج الصرع؛ ولاسيما صرع الفص الصدغي، ويفيد في علاج الهوس وفي الوقاية من تكرر نوب اضطراب المزاج ثنائي القطب، حيث يعطى بجرعة ابتدائية مقدارها ١٠٠-٢٠٠ ملغ مرتين باليوم، تزاد تدريجياً بمقدار ٢٠٠ ملغ/اليوم كل ٣-٤ أيام حتى بلوغ الجرعة المعتادة وهي ٦٠٠-١٢٠٠ ملغ/اليوم، ويمكن زيادتها

في بعض الحالات إلى ١٦٠٠ ملغ/اليوم. الخطر الأهم للعلاج بكاربامازيبن هو الاعتلالات الدموية، وهناك أيضاً خطر خفيف لالتهاب الكبد، وقد تظهر الاعتلالات الدموية بشكل نقص الكريات البيض أو فقر الدم اللامصنع؛ لذلك يجب إجراء تعداد دم أسبوعياً طوال فترة تعديل الجرعة في بدء العلاج، ويطلب تعداد الدم على نحو منتظم ومتكرر حتى بعد تلك الفترة وبعد بلوغ الجرعة الفعالة. ومن الشائع استعمال هذا الدواء في المجتمعات العربية، وقد يكون ذلك بسبب تكلفته المنخفضة نسبياً وتوافره.

أما **لاموتريجين** فهو دواء جديد نسبياً، وهو مضاد اختلاج وجدت له تأثيرات واعدة بوصفه مثبتاً للمزاج، وتبلغ جرعته الوسطية ٢٠٠ ملغ باليوم عندما يعطى منفرداً، وتبلغ جرعته العظمى ١٠٠ملغ باليوم عندما يعطى مساعداً لفالبروات.

٤- البنزوديازيبنات benzodiazepines:

ينتمي إلى فئة مشتقات البنزوديزيبن عدد من الأدوية المتشابهة التي يختلف بعضها عن بعض بأعمارها النصفية، وتنتقى لاستخدامات متنوعة اعتماداً على هذا الاختلاف؛ فلها مجتمعةً خواص منومة ومضادة للقلق ومضادة للاختلاج، تحدثها عن طريق تضخيم فاعلية (GABA) gamma-aminobutyric acid؛ وهو ناقل عصبي مثبط يوجد في عدة مناطق من الدماغ. من هذه الأدوية: ديازيام، وكلورديازيبوكسايد، وفلورازيبام، ولورازيبام، وأوكسازيبام، وتريازولام، وكلونازيبام، ويصنع الكثير منها محلياً، كما أصبح بعضها شائع الاستعمال (أو سيئ الاستعمال) عند المدمنين في المجتمع.

يستخدم ديازيام diazepam لعلاج القلق الناجم عن أمراض عضوية أو عن اضطرابات ظرفية أو حالات عصابية، وقد يخفف عرضياً من حالات الهلع والرهاب ومن أعراض سحب الكحول وغيره من العقاقير، والجرعة المعتادة هي ٢-٥ ملغ تعطى ٢-٣ مرات باليوم، وتستخدم جرعات أعلى من ذلك كثيراً في بعض الحالات. وأكثر تأثيراته الجانبية شيوعاً هي التعب والنعاس والدوام والرنح، ويشاهد تأثير عجائبي عند بعض المرضى ولاسيما الأطفال يتظاهر بالتململ والقلق والسلوك العدواني، وقد يحدث اعتياد دوائي على ديازيام (وعلى غيره من مشتقات البنزوديازيبن) في الاستخدام المديد؛ ولاسيما بجرعات مرتفعة، وقد يقود السحب المفاجئ في هذه الحالات إلى التململ والانزعاج والنوب الاختلاجية.

لنترازيبام nitrazepam فترة تأثير أقصر من فترة تأثير ديازيام تجعله مفيداً في علاج الأرق وأقل تسبيباً للأثر الصباحي المتبقي، في حين تزيد فترة تأثير كلونازيام clonazepam على فترة تأثير ديازيام، وقد طغى استخدام كلونازيام بوصفه مضاد اختلاج إضافةً إلى وظيفته المضادة للقلق.

٥- الجراحة النفسية وطرائق التعديل العصبي:

الجراحة النفسية، أو الجراحة العصبية للاضطرابات النفسية؛ هي نوع من الجراحة العصبية المثيرة للجدل وللخلافات بدأها في العصر الحديث الطبيب السويسري Gottlieb Burckhardt عام ١٨٨٠، وطور منها الطبيب البرتغالي Egas Moniz في ثلاثينيات القرن العشرين طريقة بضع الفص الجبهي التي نال بسببها جائزة نوبل عام ١٩٤٩. ولكن هجرت هذه الطريقة، واستبدل بها دواء كلوربرومازين في خمسينيات القرن العشرين. استخدمت بعد ذلك طرائق أخرى للجراحة النفسية، وهناك حالياً تنظيم صارم لهذه الجراحة؛ إذ أصبح إجراؤها نادراً وفي مراكز متخصصة قليلة العدد، وانحصر استخدامها بحالات الاضطراب الوسواسي القهري المعندة على العلاجات الأخرى كافة والمسببة لإعاقة شديدة تستمر سنوات طويلة. تجرى الجراحة النفسية بالتعاون بين الطبيب النفسي والجراح العصبي باستخدام طرائق التوضيع التجسيمي stereotactic تحت التخدير العام، ويتم فيها بضع منطقة دماغية محددة أو قطعها جراحياً أو باستخدام التشعيع أو التجميد أو التخثير الحراري. وأكثر العمليات شيوعاً حالياً هي بضع المحفظة capsulotomy، وبضع التلفيف الحزامي cingulotomy، وقطع السبيل تحت النواة المذنبة tractotomy، وبضع الفص الحوفي limbic leucotomy. يتحسن نحو ثلث المرضى على نحو واضح بعد العملية، وهناك عواقب مهمة محتملة للجراحة العصبية مثل النوب الاختلاجية، وسلس البول، ونقص الحافز والدافع، وزيادة الوزن، ومشكلات معرفية ومزاجية؛ أما الوفيات والأذيات العصبية الشديدة؛ فقد قلت بعد تطوير طرائق الجراحة العصبية وتحسينها.

يتحول الاهتمام بالجراحة النفسية حالياً من البضع أو القطع الجراحي الهادف لتخريب بعض نسج الدماغ إلى تنبيه الدماغ العميق deep brain stimulation (DBS) عن طريق زرع مسار كهربائية ضمن الدماغ بهدف تنبيه مناطق دماغية محددة.

يُعدّ التنبيه الدماغي العميق واحداً من عدة طرائق تستخدم لعلاج الاضطرابات النفسية التي لا تستجيب

لطرائق المعالجة المعتادة؛ فمع توافر العديد من الخيارات العلاجية الدوائية والنفسية، ما زالت هناك اضطرابات نفسية معندة على هذه العلاجات؛ فنحو ثلث المصابين بالاكتئاب - مثلاً- لا يستجيبون للعلاجات المتوافرة حالياً، ولا يتحمل كثير من المرضى التأثيرات الجانبية لهذه العلاجات الدوائية؛ ولاسيما المسنين والحوامل والمصابين بأمراض جسدية مرافقة. هناك حاجة قديمة ومستمرة، وسعي حثيث؛ إلى ابتكار طرائق علاجية جديدة قليلة التأثيرات الجانبية تخفف من وطأة اضطرابات نفسية مزمنة مثل الاكتئاب وتطويرها. ويصنف التنبيه الدماغي العميق مع طرائق التعديل العصبي neuromodulation techniques التي تشتمل أيضاً على طريقة جراحية غازية أخرى هي تنبيه العصب المبهم vagus nerve stimulation (VNS)؛ وعلى طرائق غير غازية؛ لكنها تجرى تحت التخدير العام والإرخاء

الطريقة (وتاريخ بدئها)	التداخل	التطبيق	المحاذير
التخليج الكهربائي (ثلاثينيات القرن الـ٢٠)	تمرير تيار كهربائي منخفض الشدة عبر القحف لإحداث نوبة اختلاجية علاجية	تقنية مخلجة تطبق تحت التخدير العام والإرخاء العضلي ٢-٣ مرات بالأسبوع، ٦- ١٢ جلسة	اضطراب ذاكرة عابر، آلام عضلية، صداع
النوب المغنطيسية (مطلع القرن الـ ٢١)	تطبيق حقول مغنطيسية متناوبة بسرعة عبر القحف لإحداث فعالية اختلاجية أكثر بؤرية	تقنية مخلجة تطبق تحت التخدير العام والإرخاء العضلي ٢-٣ مرات بالأسبوع، ٦- ١٢ جلسة	اضطراب ذاكرة عابر، آلام عضلية، صداع
التنبيه المغنطيسي المتكرر عبر القحف (بداية تسعينيات القرن الـ ٢٠)	تطبيق نبضات مغنطيسية تمرر من خلال فروة الرأس والجمجمة لإحداث تحفيز ثانوي موضع للمناطق القشرية المستهدفة بهدف إحداث تعديلات طويلة الأمد في الاستثارة القشرية	تقنية غير غازية ولا تحتاج إلى التخدير. ١٠ إلى ٣٠ جلسة يومية خلال ٢ إلى ٦ أسابيع حسب البرنامج المتبع	صداع، ألم وجهي خفيف، حكة في أثناء التحريض، ونادراً نوبة اختلاج
تنبيه العصب المبهم (نهاية تسعينيات القرن الـ ٢٠)	زرع مسرى كهربائي في العنق حول العصب المبهم الأيسر تغذيه بطارية تزرع في جدار الصدر، ينبه المناطق تحت القشر بنبضات كهربائية متقطعة عبر العصب المبهم	تقنية جراحية غازية	مضاعفات الجراحة، بحة وتغير في الصوت، ألم بلعومي، اضطراب بلع
تنبيه الدماغ بالتيار المباشر (ستينيات القرن الـ ٢٠، واهتمام متجدد في الأعوام الماضية)	وضع مسريين على الفروة لتمرير تيار كهربائي ضعيف يؤدي إلى رفع أو خفض استثارة القشرة الدماغية تبعاً لقطبية التيار	تقنية غير غازية وآمنة نسبياً ولا تحتاج لتخدير. ٥-١٠ جلسات يومية تستمر الجلسة نحو ٢٠ دقيقة	صداع خفيف وحكة في منطقة المسرى
التنبيه الدماغي العميق (٢٠٠٥)	تزرع مساري ضمن الدماغ عن طريق التوضيع التجسيمي توصل بمحفز نبضي مبرمج يزرع تحت جلد الصدر أو البطن	تقنية جراحية غازية تتم تحت التخدير، ويتم التنبيه حسب برامج تتبع الاستجابة السريرية	مضاعفات الجراحة، صرع، دوخة، اضطراب الكلام والحركة، نزق وتغير المزاج

الجدول (٤) طرائق التعديل العصبي المستخدمة في علاج الاضطراب الاكتئابي.

العضلي، هي المعالجة بالتخليج الكهربائي والمعالجة بالنوب المغنطيسية magnetic seizure therapy (MST)؛ وعلى طرائق ألطف وأكثر سلامةً وأماناً لا تحتاج إلى تخدير هي التنبيه المغناطيسي المتكرر عبر القحف repetitive (rTMS) transcranial magnetic stimulation، والتنبيه بالتيار المباشر عبر القحف transcranial direct current stimulation (tDCS) (الجدول ٤).

تستخدم المعالجة بالتخليج الكهربائي في معظم دول العالم؛ بما فيها الدول العربية، وهي أقدم طرائق التعديل العصبي، بدأ استخدامها في ثلاثينيات القرن العشرين، وتمت حديثاً الموافقة على استخدام التنبيه المغنطيسي المتكرر عبر القحف وتنبيه العصب المبهم، وما زالت باقي طرائق التعديل العصبي خاضعة للبحث العلمي. أما من جهة البراهين العلاجية المتوافرة؛ فإن إحدى مراجعات كوكران المنهجية تبين أنه لا يوجد برهان قوي على فائدة التنبيه المغنطيسي المتكرر عبر القحف في معالجة الاكتئاب، ورغم موافقة إدارة الدواء والغذاء الأمريكية على استخدام تنبيه العصب المبهم لعلاج الاكتئاب؛ فإن هذا الاستخدام مازال مثار جدل. ويبدو أن طريقة التعديل العصبي الوحيدة التي تتوافر براهين مقنعة على فعاليتها هي المعالجة بالتخليج الكهربائي؛ إذ تتوافر عدة تجارب معشاة تقارن بين المعالجة الحقيقية بالتخليج الكهربائي وبين المعالجة الموهمة بالتخليج الكهربائي (والتي يتعرض المريض فيها لجميع إجراءات المعالجة بالتخليج الكهربائي ما عدا التمرير الكهربائي)، وتقدم نتائج تلك التجارب وغيرها براهين على فائدة المعالجة بالتخليج الكهربائي في علاج الاكتئاب. أما آلية التأثير الدقيقة فما زالت موضع جدل، وتشير أحدث البراهين إلى أن التخليج الكهربائي يزيد حساسية مستقبلات النورأدرينالين، ويزيد من تحرير النورأدرينالين وتَقَلّبه turnover، فتصبح محصلة التأثير هي زيادة النقل العصبي النورأدرينالييني.

المعالجة بالتخليج الكهربائي electroconvulsive (ECT) therapy:

تتضمن المعالجة بالتخليج الكهربائي تمرير التيار الكهربائي عبر الدماغ، وقد بدأ استخدامها قبل نحو ٨٠ سنة، وعولج بها ملايين المصابين باضطرابات نفسية؛ إذ طبقت أولاً في علاج الفصام، ولكن خف استخدامها في الفصام على نحو كبير، وأصبح استطبابها مقتصراً على حالات محددة من الاكتئاب. طبقت المعالجة بالتخليج الكهربائي في البداية على المرضى؛ وهم بحالة اليقظة؛ مما كان يسبب نوباً اختلاجية مزعجة لمن يراقبها وعواقب ناجمة عن التقلصات العضلية العنيفة، كعض اللسان وتأذي الأسنان وكسور العظام الطويلة والفقرات. أدى ذلك إلى إثارة الكثير من الجدل في الأوساط العلمية وبين العامة حول التأثيرات الضارة المحتملة للمعالجة بالتخليج الكهربائي، وقد نوقش ذلك في بعض الحالات بوصفه موضوعاً لحقوق الإنسان، واتخذ بعض الأطباء موقفاً معادياً للتخليج الكهربائي، كما تكوّن في كثير من الدول رأي عام مضاد له بين بعض المرضى وأهلهم وعامة الناس، ومازالت بعض الأفكار غير العلمية تخيف المرضى من هذه الطريقة العلاجية. من المؤكد أن معظم هذه المخاوف غير مبنية على حقائق؛ فلا يوجد برهان على خلل معرفي دائم نتيجة المعالجة بالتخليج الكهربائي، وتبقى هذه المعالجة إحدى أسلم المعالجات المعروفة في الطب النفسي وأكثرها فعالية؛ شريطة استخدامها باستطبابها المناسب وضمن معايير دقيقة؛ مما يوجب على الطبيب تخصيص بعض وقت الجلسة لتثقيف المريض حول ما يجب أن يتوقعه بغية تأكيد نعومة سير المعالجة والنقاهة التالية لها؛ إذ يجب دائماً الحصول على موافقة المريض المستنير، أو موافقة الوصي عليه في الحالات الإسعافية أو حين يكون المريض غير ذي أهلية.

أدى الجدل المذكور آنفاً إلى تحسين طريقة تطبيق المعالجة بالتخليج الكهربائي، فصنعت أجهزة تبدل شكل التيار الكهربائي، وتسمح بالتحكم الدقيق بجرعة التيار الكهربائي التي تمر عبر الدماغ، كما طُوِّر تطبيق المعالجة، فأصبحت تجرى في غرفة عمليات تحت التخدير العام والأكسجة وبعد إعطاء مرخ عضلي محيطي يمنع تقلص العضل (المعالجة المعدلة بالتخليج الكهربائي modified ECT). أدت هذه التعديلات إلى اختفاء معظم عواقب المعالجة بالتخليج الكهربائي بحيث أصبحت تأثيراتها الجانبية مقتصرة على الصداع وعلى اضطراب معرفي عابر؛ ولاسيما في الذاكرة التي قد تضطرب لبضعة أيام بعد المعالجة. ينجم الاضطراب المعرفي العابر عن تمرير التيار الكهربائي عبر نصف الكرة المخية السائد في المعالجة ثنائية الجانب bilateral، وقد طورت طريقة لتجنب ذلك الاضطراب، هي المعالجة بالتخليج الكهربائي أحادية الجانب unilateral ECT. عملياً يخدر المريض تخديراً عاماً بمخدر وريدي قصير فترة التأثير (الأكثر استخداماً محلياً هو thiopental، ويستخدم بعضهم propofol أحياناً)، ويحقن وريدياً مع جرعة من مرخ عضلي

(الأكثر استخداماً محلياً هو succinylcholine)، ثم يطبق التيار الكهربائي على الرأس باستخدام مسريين رطبين يوضع كل منهما على أحد الصدغين في المعالجة ثنائية الجانب بالتخليج الكهربائي، أما في المعالجة أحادية الجانب التي تطبق على نصف الكرة الدماغية غير السائد؛ فيوضع مسرى فوق الأذن، ويوضع المسرى الثاني أعلى قليلاً من الخط الواصل بين زاوية العين وفوهة مجرى السمع الظاهر.

يتبين من عديد من التجارب المعشاة وغيرها أن مجرد تخدير المريض وإرخاء عضلاته وتمرير التيار الكهربائي عبر دماغه لا يكفي للحصول على تأثير علاجي، وأن حدوث الاختلاج الصرعي هو شرط لا بدّ منه لحدوث التحسن السريري. كانت ملاحظة حدوث الاختلاج سهلةً قبل تعديل طريقة تطبيق التخليج الكهربائي، أما بعد البدء باستخدام التخدير وإرخاء العضل؛ فأصبح من الضروري إيجاد طرائق خاصة للتأكد من حدوث الاختلاج. تحتوي بعض أجهزة المعالجة الحديثة على جهاز تخطيط دماغ يعمل على نحو متزامن مع تطبيق المعالجة بالتخليج الكهربائي، فيؤكد حدوث الاختلاج، أما في حال عدم توافر مثل هذا الجهاز؛ فيمكن تطبيق رباط ضاغط على ذراع المريض أو ساقه لمنع وصول المرخي العضلي على نحو يمكن معه ملاحظة النوبة الاختلاجية مباشرةً في الطرف المعزول.

الاستطباب الرئيس للمعالجة بالتخليج الكهربائي هو الاكتئاب الجسيم؛ ولاسيما عند وجود أفكار انتحارية ومحاولات انتحار أو عند طغيان الأعراض البيولوجية مثل الامتناع عن الأكل والشرب على نحو يهدد الحياة، وتمتاز المعالجة بالتخليج الكهربائي في هذه الحالات بأنها أسرع تأثيراً من الأدوية المضادة للاكتئاب، وقد تكون أكثر فعاليةً منها على نحو طفيف. وهناك استطباب آخر للمعالجة بالتخليج الكهربائي هو الفصام الجامودي. أما بالنسبة إلى مضادات الاستطباب؛ فليس هناك مضاد استطباب مطلق لاستخدام المعالجة بالتخليج الكهربائي؛ والحمل ليس مضاد استطباب، بل إن المعالجة بالتخليج الكهربائي أسلم من الأدوية المضادة للاكتئاب في أثناء الحمل، ولكن يجب الحذر في المصابين بأمراض قلبية أو رئوية أو بورم دماغي أو بغيره من أسباب فرط الضغط داخل القحف.

يصف بعض الأطباء عدداً محدداً من جلسات التخليج الكهربائي لكل مريض قبل بدء العلاج، ويراوح العدد الموصوف عادةً بين ٦ و١٢ جلسة وأكثر من ذلك أحياناً، ولكن هذه الممارسة غير مسندة بأي براهين علاجية؛ فبعض المرضى يتحسنون بعد جلسة المعالجة الأولى، لذلك ربما كان من الأفضل إعادة تقييم حالة كل مريض بعد كل جلسة وتقرير ما إذا كانت الجلسة التالية ضرورية أو لا؛ ولاسيما أن إحدى التجارب المعشاة أوضحت أنه لا فائدة ترتجى من إجراء جلسة إضافية بعد تحسن أعراض المريض. كما أن بعض المرضى يحتاج إلى معالجة صيانة بالتخليج الكهربائي، إذ قد يتطلب منع النكس عندهم إجراء جلسات شهرية أو نصف شهرية فترة ستة أشهر أو أكثر.

تستخدم المعالجة بالتخليج الكهربائي في سورية وغيرها من الدول العربية بشكلها المعدل عادةً؛ ولكن للأسف ما زال يطبقها بعضهم بشكلها القديم غير المعدل بسبب عدم توافر اختصاصي تخدير للمساعدة على تطبيقها؛ مع ما يرافق ذلك نظرياً من ارتفاع في خطر العواقب المؤذية.

ثالثاً- المعالجة النفسية psychotherapy:

للمعالجة النفسية أشكال عديدة كالمعالجة النفسية التحليلية والمعالجة السلوكية والمعالجة المعرفية، وتقدم بعض أشكالها على نحو فردي وبعضها على نحو جماعي من قبل معالج مدرب تدريباً نوعياً. يقوم بعض الأطباء بتقديم المعالجة النفسية؛ ولكن مجرد رغبة الطبيب بتقديم أحد أشكال المعالجة النفسية وممارسته لتلك المعالجة لا يكفي، ولا يجعل منه معالجاً نفسياً؛ بل لابد من تدريب سريري تخصصي في إحدى طرائق المعالجة النفسية تحت إشراف معالجين نفسيين خبراء لاكتساب الخبرة والمهارة اللازمة؛ تماماً كما يتدرب الأطباء في مجال أي اختصاص طبي داخلي أو جراحي، ويوجد في الدول العربية - بما فيها سورية - معالجون نفسيون خبراء يمكن للأطباء الاستفادة من خبراتهم كما يستفيد منها من يراجعهم طالباً المساعدة.

وفي حين يراجع الأطباءَ "مرضى"؛ فإن مراجعي المعالج النفسي ليسوا بالضرورة مصابين باضطراب نفسي، بل قد يراجعون فقط؛ لأنهم يعانون بعض المشكلات الحياتية المتنوعة، كما أنه لا يوجد خط واضح يفصل السلامة النفسية عن الاضطراب النفسي، وليس من السهل التمييز بين "المريض" وبين "السليم" حين مقابلة الشخص للمرة الأولى. لذلك فإن المعالجين النفسيين يصفون من يراجعهم على أنه "زبون client"، وستُستعمل في هذا البحث كلمة "مريض" أو كلمة "زبون" اعتماداً على السياق الذي ترد فيه.

يعتمد العلاج النفسي الفردي أساساً على تواصل لفظي بين الزبون وبين المعالج؛ وعلى تطوير تحالف علاجي بينهما بهدف تحريض المريض على التعبير عن مخاوفه ومشاعره

وخبراته بحرية دون الخوف من التعرض للانتقاد أو للمحاسبة من قبل المعالج، مع تعاطف المعالج وتفهمه للزبون ومساعدته على تطوير طرائق أكثر فاعلية في التعامل مع مشكلاته. أي إن المعالجة النفسية ليست مجرد طريقة - أيّ طريقة - لمساعدة الناس؛ فمشاركة الهموم مع صديق أو قريب ليست معالجة نفسية؛ لأن المعالجة النفسية يجب أن تقدم من قبل شخص (معالج نفسي) مدرب تدريباً خاصاً، ويستخدم طرائق نوعية في التعامل مع المشكلات البشرية، ويبقى موضوعياً؛ فلا ينحاز لجانب، ولا يتحدث من تجاربه الشخصية، ولا يعطي نصائح مباشرة؛ بخلاف الصديق أو القريب. يبدو للوهلة الأولى أن تعريف المعالج هذا ينطبق أيضاً على رجال الدين وعلى المعالجين الشعبيين؛ لأنهم مدربون، ويستخدمون طرائق نوعية في مساعدة الناس، ولكن يكمن اختلافهم عن المعالجين النفسيين في أن المعالج النفسي وزبونه ليسا ملزمين بالاشتراك بالمعتقدات الدينية نفسها أو الأعراف والتقاليد؛ لكي تكون المعالجة فعالة. فمثلاً: إذا كان الشخص غير مؤمن بالجن أو بالسحر قد لا يستفيد من معالج شعبي، والشخص الملحد لن يستفيد من زيارة رجل دين، أما المعالج النفسي فلا يعتمد على قوى غيبية في شرح السلوك البشري ولا في معالجته، ولا تتداخل مواقفه الشخصية ودينه ومعتقداته وآراؤه بدوره المهني كمساعد، ولا بقيم الشخص طالب المساعدة ومعتقداته؛ فالأمر المهم في المعالجة النفسية هو العلاقة المتبادلة، والاقتناع الوحيد المهم هو الثقة بالمعالجة وبالنتيجة الايجابية.

مفاهيم أساسية:

تتألف المعالجة النفسية من معالج وزبون وحدثية المعالجة، فالمعالج النفسي هو شخص يحمل شهادة تؤهله لتقديم المساعدة المهنية، ويعمل بموجب التزامات مهنية وأخلاقية وقانونية، ويجب أن تتوافر لديه صفات شخصية معيّنة ومهارات، مثل التحمل والتشاعر (الإحساس بمشاعر الآخرين)، لا بدّ منها لتيسير التواصل ولتأسيس علاقة حميمة rapport جيدة. والزبون هو الشخص الذي يطلب المساعدة للتغلب على مصاعب نفسية أو على أعراض اضطراب نفسي، وتتألف حدثية المعالجة النفسية من ثلاثة مكونات رئيسة، هي: دافع الزبون، وتقنية العلاج التي يستخدمها المعالج، وعلاقة المعالج - الزبون. فلكي تكون للمعالجة النفسية أي فائدة: يجب أن يميز الزبون ضيقه وأن يكون مندفعاً باتجاه تخفيف ذلك الضيق. ويمكن لتقنيات العلاج على نحو عام أن تتبع أحد نموذجين: نموذج طبي ونموذج إعادة تثقيف. يتعامل النموذج الطبي مع الاضطرابات النفسية بطريقة تعامل الطب مع الاضطرابات الجسدية نفسها، فيوجه المعالجة باتجاه تخفيف أعراض الاضطراب النفسي وعلاماته، ولكن تواجه هذا النموذجَ صعوبات تنجم عن أن الاضطراب النفسي ليس كينونة معزولة تؤثر فقط في جزء من الجسم أو في بعض مظاهر حياة المريض فحسب، كما لا يستوعب النموذج الطبي حالات تقع خارج حدود الطب؛ ولكن لها الأهمية نفسها من أجل الرفاهة النفسية والصحة النفسية (مثل مشكلات تربية الأولاد ومشكلات العلاقات بين البشر وغير ذلك). أما نموذج إعادة التثقيف فهو نموذج أوسع يشتمل على المشكلات الشخصية والصعوبات الاجتماعية إضافةً إلى التشخيص، لذلك فهو يهدف إلى إحداث تغيير أوسع يتضمن كلاً من التغيير الشخصي والتغيير السلوكي، ويقصد بالتغيير الشخصي إعادة ترتيب جذرية لبنية شخصية المريض ولأنماط تفاعله مع الآخرين، وترافق هذه العملية عادةً تفهم الذات؛ مما يقود إلى النمو الانفعالي والتطور الشخصي. وبذلك فإن نموذج إعادة التثقيف لا ينظر إلى الأفراد الذين يطلبون المساعدة النفسية على أنهم مرضى يعانون أعراضاً تقليدية للاضطرابات النفسية؛ بل على أنهم أشخاص يحتاجون إلى النمو والتطور والتغلب على مآزقهم.

المكون الثالث من مكونات الحدثية العلاجية هو علاقة المعالج - الزبون التي تؤكد معظم مدارس المعالجة النفسية أنها جوهر المعالجة، ولا تختلف المدارس بعضها عن بعض إلا بدرجة التشديد على تلك العلاقة. فترى مدرسة التحليل النفسي أن مشاعر الزبون تجاه المعالج هي تكرار لمشاعر سبق له أن وجهها باتجاه والديه أو باتجاه أشخاص آخرين في ماضيه، وتؤكد مدارس أخرى أهمية المواجهة والحوار بين الزبون والمعالج النفسي ضمن جو علاجي دافئ متساهل يحدث "هنا والآن". وعلى نحو عام: فإن العلاقة العلاجية النفسية هي علاقة فريدة من نوعها بين العلاقات البشرية؛ لأنها توفر للزبون شخصاً يستمع إليه، ويعامله باحترام وتقدير، فيشعره بأنه مقبول بغض النظر عما يقوله؛ وبأنه حر في التعبير عن مشاعره وأفكاره ورغباته.

يجدر بالأطباء الذين يمارسون المعالجة النفسية تطوير مهارات إضافية في تعاملهم مع مرضاهم، فلعلاقة الطبيب بالمريض - إضافة إلى أوجهها العلمية والتقنية - أوجه إنسانية وأخلاقية بدأ الاهتمام بها مع قسم أبقراط ومازال

مستمراً. فلا شك في أن أساس تقديم الرعاية الطبية هو وجود علاقة اجتماعية بين الطبيب والمريض، وهي علاقة متبادلة لكل من طرفيها دور يؤديه فيها ومسؤوليات يتحملها؛ فيؤدي المريض "دور المرض sick role" الذي يتصف بما يلي:

١- التحلل من الفعاليات والمسؤوليات الاجتماعية المعتادة، إذ يسمح للمريض مثلا بالتغيب عن العمل.

٢- عدم لوم المريض على مرضه وعدم مطالبته بأن يعالج نفسه، فالمريض بحاجة لرعاية طبية.

٣- أن يطلب المريض العون الطبي المؤهل.

٤- أن تكون لدى المريض الرغبة في الشفاء، وأن يتعاون مع الطبيب المعالج.

أما دور الطبيب فهو تشخيص الأمراض الحادة والمزمنة والعمل على تخفيف آلام المريض وتحسين أدائه والسعي للتوصل إلى الشفاء التام؛ إن كان ممكناً وتقديم العلاج الملطف في الأمراض التي ليس منها شفاء؛ كذلك على الطبيب أن يأخذ بالحسبان تأثر المريض بالألم وبملازمة السرير وبالحمية وبالتأثيرات الجانبية للأدوية وبالدعث الناجم عن المرض أو عن العلاج وبالأعباء المالية للمرض وبخطر الوفاة، وعليه أيضاً أن يتفهم شخصية المريض وتأثيرها في طرائق تفاعله مع الكرب الناجم عن المرض. كما أنه لا بد من الانتباه لتأثير المرض في أدوار المريض الاجتماعية وفي علاقاته في الأسرة والعمل والمحيط الاجتماعي؛ فقد تتغير الأدوار في المنزل، وقد تختلف طرائق التخاطب والتواصل، وقد يميل المريض إلى العزلة، كما قد يميل الأصدقاء إلى الانسحاب، كذلك قد يحد المرض من إمكانية العمل، وقد يؤثر في التعامل الاجتماعي. يؤدي الانتباه لهذه النقاط إلى تمتين العلاقة بين الطبيب والمريض، ويحتاج ذلك إلى خبرة تكتسب بالتدريب، وتساعد الطبيب على أن ينظر إلى المريض على أنه كائن بشري؛ وليس مجرد خلل فيزيولوجي، وأن يؤسس معه علاقة مبنية على:

١- **الثقة**، حيث يمارس الطبيب الطب بما يحقق مصلحة المريض على النحو الأمثل.

٢- **زرع الأمل** وتخفيف الشكوك والمخاوف من دون تضليل المريض أو خداعه.

٣- **التشاعر** (المشاركة الوجدانية) empathy؛ حيث يفترض الطبيب أنه مكان المريض؛ مما يساعده على فهم مشاعر المريض.

٤- **التواصل**؛ أي إعطاء المريض الفرصة للتعبير عن مخاوفه.

تنطبق هذه التوصيات على الاختصاصات الطبية كافة، ولها أهمية استثنائية في ممارسة الطب النفسي؛ ولكنها تختلف عن العلاقة العلاجية النفسية كما سيرد لاحقاً في هذا البحث.

طرائق المعالجة النفسية:

للمعالجة النفسية طرائق تتبع التفسيرات المتنوعة لأسباب الاضطرابات النفسية التي ورد ذكرها في مطلع هذا البحث، وسيُستعرض فيما يلي كلٌ من المعالجة بالتحليل النفسي، والمعالجة السلوكية، والمعالجة المعرفية، والمعالجة السلوكية المعرفية.

١- المعالجة النفسية بالتحليل النفسي psychoanalytic psychotherapy:

لمصطلح "تحليل نفسي" معنيان؛ فهو أولاً إطار نظري يتم من خلاله تفسير الحياة العقلية والإمراض النفسي وأسبابه، وهو ثانياً طريقة علاجية مشتقة من صياغات فرويد النظرية التي غايتها مساعدة الزبون على إعادة تنظيم نفسه وفهمها، وعلى إدراك صراعاته اللاشعورية؛ بغية تحقيق إحكام وتكامل أكثر جدوى وصحة، ويرافق ذلك عادةً اختفاء الأعراض وزيادة الاستقلالية وتحسن تحمل الكرب.

يعتمد التحليل النفسي على تحقيق فائدة علاجية من خلال الإصغاء للزبون ضمن علاقة متسامحة وواضحة وأمينة ومبنية على الثقة ومؤطرة بحدود مهنية تحدد بصرامة توقيت التواصل بين الزبون والمعالج ومكانه وكيفيته، وتركز على احتياجات الزبون؛ وليس على احتياجات المعالج. ويطلق على التحليل النفسي أحياناً اسم "المعالجة النفسية الدينامية dynamic psychotherapy"؛ لأنه يعدّ أن لدى الزبون قوى دينامية ترغب بالتغيير وقوى دينامية - قد تكون لاشعورية - مقاومة للتغيير، كما يعدّ أن هناك صلة بين أمور تعرض لها الزبون سابقاً وبين ما يحدث في حياته الحالية؛ وأن تأثير تلك الأمور يتكرر ضمن العلاقة العلاجية، فيعكس المريض على نحو لا شعوري ماضيه - ولاسيما طفولته - على علاقته الحالية بالمعالج؛ وذلك بسبب وجود رغبة في تعميم بعض خبراته على نواح أخرى من حياته. يعتمد التحليل النفسي في محاولته كشف محتوى اللاشعور عند الزبون على التداعي الحر للأفكار (متضمناً زلات اللسان) وعلى تفسير الأحلام. يطلب المعالج من الزبون في التداعي الحر الإخبار عن كل ما يخطر بباله من دون انتقاء

أو محاكمة أو تقييم، ويطلب منه قول أي شيء يخطر له مهما بدا غبياً أو غير مهم، على افتراض أنه كيفما بدأ الزبون حديثه: فإنه سينتهي إلى إنتاج مواد مهمة أو بعض عناصر مشكلته، وينتبه المعالج لزلات لسان الزبون، فيعدّها مؤشراً على مواد لاشعورية مهمة. يقوم المعالج أيضاً بتفسير أحلام الزبون اعتماداً على افتراض أن الأحلام تسمح للمواد اللاشعورية المكبوتة بالظهور على نحو مكثف ورمزي ومُقنّع يصعب على الحالم تمييزه وفهمه، ولكنه يمكن المعالج من كشف مواد لاشعورية وفهمها عن طريق تحليل محتوى الأحلام وتأويل ما تتضمنه من رموزٍ ومعانٍ مخفية في ضوء خبرات الزبون السابقة.

يتحدث الزبون في أثناء جلسات التحليل النفسي بما يراه مهماً مفسحاً المجال أمام التداعي الحر لأفكاره ومفرغاً مشاعر مكبوتة في جو آمن، ويصغي المعالج إلى حديث الزبون باذلاً جهده لاستنتاج ما وراء ذلك الحديث، ثم يستنبط مما فهمه من أقوال الزبون تأويلاً يربط تلك الأقوال بمواد لاشعورية وبخبرات قديمة، وقد يوافق الزبون على تأويل المعالج أو لا يوافق. يرافق تقبل الزبون للتأويلات الصحيحة عادةً انفعالات مكثفة تُعَد حاسمةً من أجل الشفاء، أما إذا لم يحظَ التأويل بالموافقة: فيجب على المعالج إيجاد تأويل بديل، ويتطلب ذلك تأويل كثير من أقوال الزبون لمساعدته على إدراك ميله غير المتعمد لتحريف الحقائق؛ وعلى أن يتعلم تدريجياً كيف يرى الوقائع كما هي لا كما يخشى أن تكون أو كما يتمنى أن تكون. ولكن هذا التغيير ليس سهلاً، وقد يقاومه الزبون رغم أنه دخل العلاج بإرادته، ولا يصعب فهم ذلك عندما يُعرف أن المعالجة تعني كشف أعمق الأسرار والمشاعر والأفكار المخفية: فقد يشعر الزبون بالرعب من احتمال أن يرفضه المعالج أو أن يسيء فهمه أو أن يصمه بخلل العقل. المقاومة resistance هي مفهوم آخر من مفاهيم فرويد؛ ويقصد بها تحكم اللاشعور بمناطق حساسة يصعب على المريض الخوض فيها بسبب صراعات لاشعورية، وتحدث عادةً في مطلع التحليل النفسي، وتختفي عاجلاً أو آجلاً بحسب الجو العلاجي والعلاقة الحميمة التي أنشأها المعالج. وهناك نوع آخر من المقاومة (أو الخوف من التغيير) التي لا يعيها الزبون: فرغم رغبة الزبون الواعية بأن يرتاح من المعاناة والأعراض المزعجة: هناك أيضاً رغبة لاشعورية بالتمسك بالأعراض؛ لأن تلك الأعراض تمثل طرائق مألوفة للقَوْب coping ولتلقي الحنان والرعاية (مكسب ثانوي)، فمثلاً: قد يمنح الصداعُ الطالبَ عذراً يسوّغ رسوبه بالامتحان: حيث يطغى انشغال الوالدين بصداع ابنهما عن اهتمامهما بامتحانه. يوجه المعالج انتباه المريض إلى المقاومة عند حدوثها، ويقترح عليه التأويلات المناسبة لتفسيرها في ضوء صراعات لاشعورية يتم العمل من خلالها والتعامل معها على نحو متتابع كلما ظهرت بغية اكتساب المريض للبصيرة insight (أي الفهم المتدرج للذات؛ فالتفريغ واكتساب البصيرة يسيران جنباً إلى جنب). تضفي ظاهرة المقاومة - إضافةً إلى ظاهرة الإنقال transference - أهمية خاصة على العلاقة العلاجية في التحليل النفسي: إذ يُعتمد طوال فترة التحليل النفسي على تحليل العلاقة بين الزبون والمعالج وعلى ما تتضمنه تلك العلاقة من مقاومة وإنقال. والإنقال هو المشاعر التي يطورها الزبون تجاه المعالج في أثناء جلسات التحليل النفسي، وهي مشاعر ذات صلة مهمة بالغرائز المكبوتة وبالصراعات اللاشعورية؛ فالزبون لا يدرك المعالج كما هو، بل يستخدمه ليسقط عليه مشاعر وأفكاراً كانت موجهة سابقاً تجاه والديه أو تجاه بعض تجاربه السابقة، وعلى الرغم من طبيعته اللاشعورية؛ يسمح تطوير الإنقال للزبون بتكرار استجاباته الطفولية وباسترجاع ذكرياته وخبراته وجلبها إلى الشعور، وقد يكون الإنقال إيجابياً أو سلبياً بناءً على نوعية المشاعر التي يعبر عنها الزبون تجاه المعالج؛ إذ يمكن للزبون أن يعجب بالمعالج أو يعبر عن انجذاب جنسي إليه، أو أن يدرك المعالجَ على أنه والد جيد أو مثال لصديق (إنقال إيجابي)، كما يمكنه أن ينتقد المعالجَ وأن ينافسه أو أن يبدي الغضب والعداوة تجاهه (إنقال سلبي)، ويُعدّ تأويل المعالج لظاهر الإنقال هذه أحد المظاهر المفتاحية للتحليل النفسي، حيث يُعدّ تطوير الإنقال أمراً مرغوباً وضرورياً في التحليل النفسي التقليدي. وكما يطور الزبون مشاعر إنقال تجاه المعالج: قد يطور المعالج مشاعر تجاه الزبون (إنقال معاكس counter transference)؛ فقد يعبر المعالج عن الغيرة أو الغضب أو فرط التخوف أو الملل تجاه الزبون، ولكن - وعلى خلاف الإنقال - تُعدّ تظاهرات الإنقال المعاكس خطأً علاجياً يعرض المعالجة بمجملها لخطر جسيم؛ لأنه يعني أن المعالج عاد غير مسيطر على الظرف العلاجي. وكما هي الحال عليه بالنسبة إلى تظاهرات الإنقال: على المعالج التنبه لتظاهرات الإنقال المعاكس عند حدوثها وتأويلها وربطها بخبراته القديمة. وينصح عادةً أن يخضع المعالج لتحليل نفسي شخصي في أثناء فترة تدريبه، فقد يساعده ذلك على زيادة وعيه لنقاط ضعفه ولنقاط قوته على نحو يمكنه من التعامل مع الظروف العلاجية بطرائق أكثر موضوعية،

ويجنبه التعرض لتأثيرات الإنقال المعاكس الضارة. هذا، وقد تمر علاقة الزبون - المعالج بمرحلة يخيب فيها أمل الزبون بالمعالج؛ ولكن مع استمرار ثقته به على نحو يجعله يتابع العلاج. تحدث هذه المرحلة في أثناء التحليل النفسي الجيد عندما يتنبه الزبون أن المعالج ليس كائناً كاملاً ومتفرغاً له تماماً، مما يسبب "اكتئاباً مرحلياً" يتجاوزه الزبون عندما يتقبل نواقص المعالج وقيوده؛ مما يزيد من قدرته على التعامل مع عالمه الداخلي على نحو واقعي؛ إذ لا يمكن التعامل مع ذلك العالم من خلال مفاهيم معزولة بعضها عن بعض تماماً مثل إما سيء وإما جيد؛ إما حق وإما باطل؛ إما أسود وإما أبيض، بل لا بدّ للزبون من أن يتقبل ذلك الجزء الملتبس ذا الأخلاقيات الرمادية غير الواضحة في باطنه.

يتضح مما سبق أن تأسيس علاقة الزبون بالمعالج والعمل عليها ليس أمراً سهلاً، ولكن قد يكون إنهاؤها أصعب؛ فهي تمثل استمرارية الحياة والحب، وإنهاؤها يعدّ خسارةً يصعب القوب معها، وذلك أمر لا يغيب عن ذهن المعالج منذ اللحظة الأولى لبدء العلاج. يحدد المعالج عادةً عدد الجلسات العلاجية بعقد يدعى "التحالف العلاجي"، ويوضح أهمية إنهاء العلاج أو "لحظة الانفصال" وتوقيته وكيفيته.

يختار التحليل النفسي التقليدي زبائنه بانتقائية شديدة، فالزبون يجب ألا يكون صغير السن أو مسناً، أو مدمناً الكحول أو العقاقير أو الطعام، ويجب أن يكون متعلماً وذكياً وقادراً على مراجعة نفسه، ولديه تشكيلة من آليات الدفاع النفسي المرنة، وألا يكون موصوماً باضطراب الشخصية أو غير متأقلم اجتماعياً، وألا يكون معرضاً لكروب أو تغيرات خارجية مهمة في وقت دخول المعالجة. ويستغرق التحليل النفسي وقتاً طويلاً من المعالجة المكثفة بعدة جلسات أسبوعية لعدة سنوات عادةً؛ مما يجعل من الصعب التأكد من أن التغيرات التي قد تطرأ على المريض هي نتيجة اكتسابه للبصيرة أو نتيجة عوامل أخرى مثل مرور الوقت والتقدم بالعمر أو تغير ظروف الحياة المادية والاجتماعية. والطريقة المثلى للتأكد من ذلك هي التجربة السريرية المعشاة، بيد أن طول فترة التحليل النفسي تجعل من الصعب إخضاعه للتجربة المعشاة. ولكن - وعلى الرغم من هذه الصعوبة - يحاول بعض المعالجين والأطباء تقييم فعالية التحليل النفسي في علاج اضطرابات نفسية محددة، فمثلاً: تحتوي مكتبة كوكران على مراجعة منهجية لجميع التجارب المعشاة لاستخدام التحليل النفسي في علاج الفصام، ويتضح من تلك المراجعة أن البراهين المتوافرة لا تدعم استخدام المعالجة النفسية الدينامية للمرضى المصابين بالفصام والمقبولين في المستشفيات النفسية.

معالجات نفسية تحليلية دينامية أخرى: طورت عن المعالجة التحليلية النفسية التقليدية معالجات دينامية نفسية أحدث تختلف بعدة طرائق؛ فقد تم أولاً توسيع محتوى ظاهرة الإنقال، وأصبحت لا تعدّ ظاهرة تحدث في أثناء المعالجة فقط، بل أصبحت ترى على أنها تعمل في أثناء الحياة اليومية، ويمكن ملاحظتها بسهولة في العلاقات الشخصية كلما تشكلت لدى المرء مشاعر مكثفة تجاه شخص ما من دون سبب ظاهر. ويشجع هذا المعنى المعدل للإنقال على التعامل مع خبرات الزبون الفعلية على نحو يزيح بؤرة تركيز المعالجة من الاهتمام بماضي الزبون إلى الاهتمام بما يحدث "هنا والآن here and now". كما تم توسيع ظاهرة الإنقال المعاكس، فبدل "روجرز" من نمطية المعالج الأليف والمبهم في التحليل النفسي التقليدي معتقداً أن إيجابية المعالج ودفأه هما عاملان علاجيان مهمان؛ فالمعالج في المعالجة الروجرزية هو شخص لديه احترام إيجابي غير مشروط للزبون، تؤثر شخصيته في عملية تغير الزبون، ويعلن أن علاقة الزبون- المعالج أساسية في المعالجة. وحدث تعديل ثالث يخص بيئة العلاقة العلاجية، فالمعالجة النفسية التحليلية هي معالجة لفظية تنهى عن أي تواصل غير لفظي في حين تسمح أحدث المعالجات للمعالج بإبداء علامات فيزيائية للدعم الإيجابي، مثل الابتسام أو التربيت على الكتف، وتصبح البيئة العلاجية بكاملها غير لفظية في معالجات مثل الدراما النفسية psychodrama؛ ولكن يستمر استخدام التواصل اللفظي في تبادل الأفكار وفي مراجعة ما تم عمله في أثناء الجلسة العلاجية وتحليله. يمكن تخفيف الاتكال على التواصل اللفظي في تطبيق طرائق المعالجة النفسية هذه عندما لا تكون المعالجة النفسية التقليدية ممكنة، كما في حال الأشخاص ضعيفي التعليم، والذين لا تتوافر لديهم مهارة التعبير شفهياً عن النفس، والمعوقين عقلياً.

أدت هذه التغييرات إلى تغير دور كل من المعالج والزبون، فأصبح كل منهما فعالاً وعملياً أكثر؛ فالزبون يستكشف ويجرب أنماط سلوك جديدة، والمعالج يخترع ظروفاً تساعد على التغير، ويؤثر تأثيراً آنياً ومباشراً في الحدثية العلاجية وفي حاصلها. وبما أن معظم المعالجات التي تم تطويرها (مثل الدراما النفسية ومعالجة Gestalt والتحليل التفاعلي)

تركز على النواحي الانفعالية والتجريبية، وليس الحدثيات اللاشعورية؛ فقد أمكن دمجها بالاستراتيجيات المعرفية - السلوكية (تدريب المهارات الاجتماعية، تدريب حل المشكلات، إعادة البناء المعرفي، المعالجة المعرفية للاكتئاب) وتطبيقها في المعالجة الزواجية والمعالجة العائلية. فمثلاً: يهتم التحليل التفاعلي transactional analysis بأسلوب حياة المريض وبطرائق تفاعله مع الآخرين؛ مما يجعل من المفيد جداً العمل على نحو جماعي عن طريق إشراك معالج نفسي أو اختصاصي اجتماعي نفسي، أو بقية أفراد العائلة، كما في علاج العائلة family therapy حيث يُعدّ فهم ديناميكية العائلة عاملاً مهماً في كشف الصراعات وفي رؤية المشكلات من زوايا مختلفة، وتُعدّ شخصية الطبيب من أهم وسائل العلاج الفعالة في إزالة الصراعات وفي تخفيف المشاعر المكبوتة.

المعالجة النفسية الوجيزة والعلاج النفسي الداعم: يُعدّ العلاج النفسي الداعم أبسط أشكال العلاج النفسي وأكثرها استخداماً، ويفترض بالطبيب تقديمه لكل مرضاه في كل مراجعة، فيناقش معهم أعراضهم وما تعنيه تلك الأعراض لهم وأنواع المساعدة التي يحتاجون إليها للتغلب على أعراضهم. وقد يوجه الطبيب المريض نحو حل مشكلة محددة يبدو أنه يتجنب التعامل معها عن طريق التركيز على تجارب المريض الحالية والمعزولة "هنا والآن"، فيشجع الطبيب المريض على الحديث بحرية عن نفسه وعن مشكلاته من دون السعي إلى استكشاف الخلفية اللاشعورية لتلك المشكلات؛ ومن دون محاولة ربطها بخبرات المريض السابقة؛ ومن دون محاولة تبصير المريض بالأسباب المحتملة لمصاعبه؛ ومن دون محاولة تعرية دفاعات المريض النفسية، بل يتم في هذا النوع من العلاج دعم دفاعات المريض بغية زيادة ثقته بنفسه، وتخفيف اتكاله على الآخرين، وتشجيعه على أن يكون مسؤولاً عن تصرفاته. وقد يجعل الطبيب العلاقة العلاجية أكثر رسميةً باتباع طريقة "المعالجة النفسية الوجيزة" التي تنفذ من خلال جلسة أسبوعية واحدة، ولا يزيد زمن العلاج الكلي فيها على بضعة أسابيع أو أشهر، ويتم فيها تحديد ما سيتم التعامل معه من مشكلات على نحو مسبّق، كما توضع لها أهداف تحدّد عملياً نوعَ المساعدة التي يحتاج إليها المريض اعتماداً على مبدأ "هنا والآن"، مع منح المريض وقتاً بين الجلسات؛ ليفكر بما نوقش وليتفحص تفاعلاته الداخلية، ويمكن بنهاية هذه المعالجة الحكم على فعاليتها بناءً على مدى تحقيقها للأهداف المقررة لها سلفاً. يهدف تحديد فترة المعالجة وأهدافها إلى تجنب جعل المريض سلبياً ومتكلاً على الطبيب.

٢- المعالجة السلوكية:

تفترض المعالجة السلوكية أن السلوك مُتَعلَّم، لذلك يمكن إبطال تعلمه؛ فمعظم المخاوف التي يُعانيها البالغون - مثلاً- هي نتيجة ما يتعلمونه (كالخوف في بعض الظروف الخطرة أو قبل بعض المناسبات الاجتماعية)، وقد وضعت عدة نظريات لشرح آلية التعلم هذه ولتفسير كيفية اكتساب المخاوف المرضية مثل الرهابات، ولتسويغ استمرار تلك المخاوف لفترات طويلة جداً؛ فالخوف من ركوب الطائرة يستمر عادةً سنوات طويلة. تقول نظرية المرحلتين two-stage theory التي وضعها العالم مورر Mowrer: إن اكتساب المخاوف يتم بمرحلتين؛ تفسر المرحلة الأولى منهما باستخدام التكييف التقليدي، ويتم فيها تأسيس الخوف نفسه، أما المرحلة الثانية: فتفسر باستخدام مفاهيم التكييف الفاعل، وتقود إلى تجنب التنبيه المخيف. فالخوف المعمم هو استجابة فيزيولوجية يمكن إثارتها على نحو تلقائي ومن دون أي تعلم مسبق عن طريق التعريض لمنبهات بسيطة مثل الألم أو الضجيج الشديد المفاجئ، ووفق مبادئ التكييف التقليدي يُعدّ الألم تنبيهاً غير مكيفٍ والخوف استجابةً غير مكيفة، وأي تنبيه إضافي مرافق للألم سيصبح مع الوقت تنبيهاً مكيفاً كافياً لإحداث "خوف مكيف". أما في المرحلة الثانية: فمن المتوقع ازدياد احتمال تكرر كل سلوك يخفف الخوف (تعزيز سلبي)؛ وبذلك فإن الشخص سيستمر في تجنب المنبه المكيف؛ مما سيحرمه من احتمال التعرض له، وبالتالي من احتمال انطفاء الاستجابة المكيفة. مثلاً: قد يتولد عند الطفل خوف من النار على النحو التالي: حين يلعب طفل قرب النار قد يتعرض للحرق (تنبيه غير مكيف)، فيشعر بالخوف (استجابة غير مكيفة)، وبعدها قد يصبح مجرد النظر إلى النار (تنبيه مكيف) كافياً لإثارة الخوف (استجابة مكيفة)، ويحاول الطفل تخفيف الخوف المكيف عن طريق تجنب الوجود في مكان تشتعل فيه النار، فيعزز تخفيف الخوف هذا سلوك التجنب الذي سيزداد تواتر حدوثه. وقد طور العالم إيسنك Eysenck نظرية المرحلتين عاداً أن الرهابات تكتسب بطريقة اكتساب استجابات الخوف "الطبيعية"، أي عن طريق الترافق بين تنبيه غير مكيف مسبب للخوف وبين تنبيه مكيف؛ مما يقود إلى سلوك تجنبي. أي إنه عدّ الأعراض العُصابية أمثلةً على استجابات متعلَّمة؛ وإن كانت غير صحية، وأن الفرق الوحيد بين

الرهابات والخوف الطبيعي هو أن الخوف الطبيعي هو صحي وتلاؤمي ومفيد لبقيا الشخص وسلامته، في حين ليس لتجنب الأشياء المسببة للرهاب أي هدف مفيد. وبذلك فإن التعلم بالتكيف المباشر هو آلية اكتساب معظم الرهابات السريرية، والطريقة المثلى لمعالجة الرهابات هي المعالجة السلوكية التي تستخدم مبادئ التعلم لمحي الاستجابات الرهابية من خلال إزالة التحسس المنهجية مثلاً.

خطط (استراتيجيات) التداخل في المعالجة السلوكية:

تهدف خطط (استراتيجيات) التداخل في المعالجة السلوكية إلى إحداث تغيير سلوكي، ويقصد بذلك إزالة بعض الأعراض النوعية التي دخل الزبون المعالجة من أجلها. وبخلاف التحليل النفسي الذي يركز على عالم الفرد الباطني وعلى الصراعات اللاشعورية؛ تركز المعالجة السلوكية على السلوك الجلي الممكن ملاحظته؛ وفي حين نشأ التحليل النفسي من الخبرة مع أشخاص مضطربين نفسياً كنظرية سريرية لتفسير تلك الاضطرابات؛ نشأت السلوكية من محاولة شرح مبادئ السلوك الطبيعي اعتماداً على التعلم الذي يحدث عبر التكييف الشرطي والفاعل والاقتداء. لذلك فإن المعالج النفسي السلوكي لا يفترض وجود ظاهرة الإنقال لا كضرورة علاجية ولا كشرط مسبق للعلاج، بل يفترض أن الزبون يريد التخلص من سلوك غير متأقلم وأن هدف المعالجة هو تعليمه كيفية تحقيق ذلك: فللعلاقة العلاجية أهمية ضئيلة، والمهم فعلاً هو تغيير نمط الاستجابة غير المتأقلم عن طريق تطبيق خطط (استراتيجيات) تنتج تغييراً سلوكياً. ولكن ذلك لا يلغي على نحو مطلق أهمية علاقة المعالج بالزبون، فكل أشكال المعالجة النفسية الفردية تتضمن تفاعلاً شديد الخصوصية والسرية بين شخصين يصعب إنكار أهمية علاقتهما المتبادلة، ومع أن هذه العلاقة ليست لها الأهمية الكبرى كما في المعالجة بالتحليل النفسي؛ فإنها تبقى موجودة في المعالجة السلوكية كنوع من الشراكة الحميمية المبنية على الثقة وحسن الظن.

الشرط المسبّق لتطبيق طرائق المعالجة السلوكية هو التقييم والتحليل السلوكي، وخلاف ما في التحليل النفسي حيث يركز التقييم على الزبون وخصائص شخصيته وصراعاته النفسية الباطنة؛ يركز التقييم في المعالجة السلوكية على مشكلة المريض متبعاً الخطوات التالية:

أ- توضيح تفاصيل المشكلة الراهنة: يقوم المعالج السلوكي بتقييم مشكلة الزبون عن طريق مراقبة سلوكه المعتاد في العيادة مثلاً، وعن طريق أداء الأدوار، وباستخدام مفكرة المشكلات اليومية والاستَبْيانات questionnaires المعيارية وسلالم القياس، وتنتهي هذه المرحلة إلى وصف المشكلة النوعية (مثل التجنب الرهابي) وشدتها وتواترها وتأثيراتها في الزبون.

ب- تحديد مثيرات المشكلة وعواقبها: تهدف هذه المرحلة إلى كشف المنبهات المثيرة للمشكلة والعوامل التي تعزز استمرارها وتكررها مؤثرةً في تواتر نمط السلوك المراد تغييره وشدته، فمثلاً يحتمل أن تستمر الأعراض الرهابية عند امرأة تتلقى الكثير من انتباه زوجها ورعايته بسبب مخاوفها الرهابية.

ج- صياغة المشكلة: يقوم المعالج النفسي في هذه المرحلة بجمع كل المعلومات المتوافرة في صياغة سلوكية تقدم فرضية أو أكثر لتفسير المشكلة، ولكي تكون الصياغة مفيدة؛ يجب الحصول على معلومات إضافية كتعرّف مستوى أداء الزبون اليومي الراهن مقارنةً بمستوى أدائه المتوقع، والطرائق التي يستخدمها الزبون عادةً للقوب مع المشكلات السلوكية، وطبيعة شبكة الزبون الاجتماعية، وغايات الزبون من المعالجة.

د- صياغة البرنامج العلاجي: يقوم المعالج بتحديد طرائق المعالجة التي يبدو أنها الأنسب لمشكلة الزبون، وتخطيط كيفية تطبيقها. ويستفاد من ذلك في تقييم مدى دقة صياغة المشكلة؛ لأنه يتوقع عادةً أن يتغير السلوك على نحو سريع في معظم الحالات.

هـ- الرصد المستمر: لا يعني وضع الصياغة السلوكية أنها غير قابلة للتغيير؛ فقد يخفق الزبون في إظهار تغير مرغوب، أو تبرز ظروف جديدة تثير مشكلات جديدة، أو لا يجد الزبون دعماً من محيطه، فينكس على نحو فجائي. لذلك يجب تكرار فحص صياغة المشكلة حتى لو كانت المعالجة مرضية، ويجب رصد فرضية المعالجة وطرائقها ونتيجتها على نحو مستمر وبفواصل منتظمة، ويتم ذلك في الممارسة المعتادة بعد عدة أسابيع (٨-١٢ أسبوعاً) من تطبيق التداخل باستخدام الأدوات ذاتها التي استخدمت في التقييم الأولي للحالة.

للقيام بتحليل سلوكي مفصل أهمية كبيرة رغم أنه يتطلب وقتاً قد يبلغ عدة ساعات، فكلما زادت دقته وصحته، وكلما ازداد وضوح المشكلة؛ أصبح التداخل السلوكي أكثر فعالية.

طرائق المعالجة السلوكية:

لطرائق المعالجة أهمية كبرى في المعالجة السلوكية، فهي طرائق دقيقة وموجهة بالمشكلة ومشتقة من نظرية التعلم،

وهدفها الأولي تغيير السلوك، ولما كان تطبيق الطرائق السلوكية أمراً بسيطاً نسبياً؛ فإنها تبدو جذابة جداً. ولكن يجدر التكرار أن جميع طرائق المعالجة النفسية تحتاج إلى تدريب سريري نوعي، وأنه لا يجب تطبيق أي من طرائق المعالجة السلوكية إلا بعد تقييم كامل وتحليل سلوكي شامل يمكّن المعالج من وضع الخطة (الاستراتيجية) العلاجية الأكثر فعاليةً.

تعتمد بعض طرائق المعالجة السلوكية على تعريض الزبون لما يسبب له القلق إما بالخيال وإما بالواقع المعاش بهدف تخفيف ذلك القلق، وتكون أكثر فعالية حين تطبق فعلياً في ظروف الحياة الواقعة. تشتمل طرائق المعالجة بالتعريض على إزالة التحسس المنهجية والإغراق واقتداء المشارك والارتجاع البيولوجي (أو التلقيم الحيوي الراجع)، وهي علاجات فعالة في الاضطرابات القلقية المعممة والاضطرابات الهلعية واضطرابات الكرب التالي للرضح، وتُعدّ إزالة التحسس المنهجية الخيار العلاجي الأول في تدبير اضطرابات القلق الرهابي، كما تفيد طرائق التعريض أيضاً في المشكلات التي تنشأ في الجو الطبي، مثل الخوف من الدم أو من المحاقن أو من التحال أو غيره من الإجراءات الطبية، وقد يكون لها شأن مهم في تحضير الأطفال للاستشفاء والمرضى للجراحة والحوامل للولادة.

تفيد المعالجة السلوكية أيضاً في علاج اضطراب الوسواس القهري، وفي إعادة تأهيل المرضى النفسيين وفي إعادة التأهيل القلبي، وفي تعديل العادات الصحية؛ ولاسيما في الزبائن المعرضين للخطر كالمصابين بفرط الضغط الشرياني أو البدانة أو المدخنين ومدمني الكحول، أو في اضطراب الوظائف الجنسية، والألم المزمن، وبول الفراش عند الأطفال، وغيرها.

وفيما يلي عرض سريع لهذه الطرائق السلوكية، ولطرائق المعالجة السلوكية المستخدمة في علاج الاضطراب الوسواسي القهري، وفي تدريب المهارات الاجتماعية وتدريب الحزم، وفي تعديل السلوك.

أ- إزالة التحسس المنهجية systematic desensitization: تُعدّ إزالة التحسس المنهجية من أوائل خيارات المعالجة السلوكية، وقد طورها Wolpe لمعالجة الارتكاسات القلقية التي عدّها نماذج سلوكية مُتَعلَّمة، وانطلق في تطويرها من مبدأ "التكييف المعاكس"؛ فاستجابة جديدة تتصف بالهدوء لظرف كان سابقاً يثير القلق ستؤدي إلى إضعاف التعلم السابق. تطبق إزالة التحسس المنهجية بخطوات تتضمن الخطوة الأولى منها تعليم الزبون طرائق الاسترخاء، ويمكن في هذا المجال استخدام عدد من طرائق الاسترخاء التي تساعد الزبون على تخفيف التوتر، منها التأمل والاسترخاء العضلي المترقي. بعد أن يتقن الزبون الاسترخاء؛ تُبنى هرميةٌ للظروف المخيفة أو المكربة، فيطلب من الزبون تحديد كل الظروف التي تسبب له الانزعاج بوضوح، ثم ترتيب تلك الظروف وجدولتها بحسب شدة القلق التي يثيرها كل منها، فمثلاً، وضعت مريضة لم تتمكن من الاستحمام على نحو طبيعي منذ سنوات القائمة التالية لمثيرات خوفها: (١) سكب الماء على الرأس (الأكثر تسبيباً للقلق)، (٢) سكب الماء على باقي أجزاء الجسم، (٣) إغلاق باب الحمام وهي داخله، (٤) خلع الملابس في الحمام، (٥) دخول الحمام، (٦) فتح باب الحمام قبل دخوله، (٧) عقد النية على الاستحمام، (٨) التفكير بضرورة الاستحمام، (٩)- رؤية شخص آخر يخرج من الحمام.

بعد إكمال قائمة الظروف المسببة للقلق؛ يطلب من الزبون الاسترخاء في حين يتم تعريضه لبنودها بدءاً من الظرف الأقل تسبيباً للقلق، وعندما يصبح الزبون قادراً على البقاء مسترخياً في الظرف الذي كان يثير القلق لديه سابقا؛ ينقل المعالج إلى الظرف التالي في القائمة حتى تتم إزالة تحسس الزبون تدريجياً بصورة يصبح معها قابلاً لمواجهة الظرف في قمة القائمة دون أي قلق. يمكن تطبيق إزالة التحسس المنهجية في الواقع الحقيقي المعيش أو في عيادة المعالج، ولكن التطبيق في الواقع أكثر فعاليةً، ويوصى به كلما كان ممكناً؛ من دون أن يعني ذلك أن المعالج يجب أن يرافق الزبون عند تعرضه لجميع الظروف المثيرة لقلقه، بل يمكن لقريب أو صديق أو زوج المساعدة ومرافقة الزبون في جلسات التعريض.

ب- الإغراق flooding: يختلف عن إزالة التحسس المنهجية بأن الزبون يعرض على الفور للظرف الأكثر إثارةً للقلق (الذي يخاف منه أكثر) بدل اتباع التدرج الهرمي، وقد يطبق ذلك بالخيال أو بالواقع، ويجب أن يتم تطبيقه بحذر شديد في المرضى القلقين جداً.

ج- تقليد (اقتداء) المشارك participant modeling: تستخدم هذه الطريقة السلوكية على نحو رئيس لتخفيف الخوف من الحشرات والحيوانات (الكلاب، الأفاعي، العقارب،...إلخ)، وتطبق في الواقع حيث ينظم التعرض للحيوان "المخيف" بخطوات صغيرة يؤدي فيها المعالج دور القدوة؛ ليظهر للزبون تفاعلاً غير مؤذٍ مع ذلك الحيوان،

وتتضمن الخطوات تثقيف الزبون بخصوص الحيوان وبخصوص مخاوفه، ثم توضيح أن مخاوفه مبالغ بها، ثم اقتداء الاستجابة مثل حمل المعالج للحيوان "المخيف" بيده مظهراً أن العواقب التي يخشاها الزبون لم تحدث، ثم الأداء المشترك مثل اقتراب الزبون والمعالج معاً من الحيوان "المخيف"، ثم الممارسة الموجهة ذاتياً مثل ممارسة الزبون للتفاعل وحده مع الحيوان "المخيف" في ظروف شديدة التنوع.

د- الارتجاع البيولوجي (التلقيم البيولوجي الراجع) biofeedback: يشتمل الارتجاع البيولوجي على طرائق موجهة لمساعدة الزبون على ضبط المظاهر الفيزيولوجية للقلق، وتمتاز هذه الطرائق بأنها تزود الزبون بمعلومات مباشرة وآنية وموضوعية حول وظائفه الفيزيولوجية (مثل نظم تخطيط الدماغ الكهربائي والنشاط العضلي وسرعة ضربات القلب) في حالة الاسترخاء وفي حالة القلق، ويمكن لهذه المعلومات أن تخدم أيضاً بوصفها مرشداً مفيداً للمعالج في أثناء التدريب على الاسترخاء. يتم التدريب على الارتجاع البيولوجي فقط في المستشفى أو في مخابر متخصصة، ويستخدم لمعالجة العديد من الاضطرابات، وقد أعطى أفضل النتائج في حالات الصداع التوتري والصرع وفرط الضغط الشرياني الأساسي ولا نظمية القلب.

هـ- طرائق المعالجة السلوكية المستخدمة في علاج الاضطراب الوسواسي القهري: تفسر السلوكية الاضطراب الوسواسي القهري بطريقة تفسيرها للرهابات، فتقول: إن الفرد يطور خوفاً نوعياً (مثل الخوف من الوسخ أو الخوف من الأذى أو الخوف من التسبب بالموت) لا يختلف عن الخوف الرهابي إلا بنمط الاستجابة؛ ففي حين يتجنب الفرد في الرهاب الظرف المخيف؛ يقوم المصاب بالاضطراب الوسواسي القهري بفعل ذرائعي (مثل غسل اليدين أو فحص المدفأة أو الصنبور) بهدف تخفيف الخوف، ولما كانت الأفعال القهرية تخفف الخوف؛ فإنها تعمل على تعزيز الاضطراب تعزيزاً سلبياً. وتهدف طرائق المعالجة السلوكية للاضطراب الوسواسي القهري إلى إنهاء القلق المُبَطِّن للاضطراب وإطفاء السلوك أو الطقوس الناشزة. تستخدم طريقة منع الاستجابة response prevention في علاج السلوك القهري، فيطلب من الزبون ألا يقوم بالسلوك القهري، مثلاً ألا يغسل يديه مدة يوم، وتستخدم طرائق التعريض مثل إزالة التحسس المنهجية أو الإغراق لتخفيف القلق الذي قد يرافق الامتناع عن القيام بالسلوك القهري. وتستخدم طريقة إيقاف الأفكار thought stopping لمنع تكرر الأفكار الوسواسية، فيطلب المعالج من الزبون أن يركز على أفكاره الوسواسية، ثم يصرخ المعالج فجأةً: "قف!"، ويكرر ذلك لتعليم الزبون على مقاطعة الأفكار المقحمة، ويمكن للزبون متابعة ممارسة إيقاف الأفكار وحده بأن يهمس لنفسه: "قف!" أو يفكر بذلك، فيمكنه مثلاً تخيل إشارة "قف".

و- طرائق ضبط النفس self-control methods: تستخدم طرائق ضبط النفس لتعديل بعض العادات الصحية السيئة؛ ولاسيما عند زبائن معرضين لخطر الأمراض القلبية، مثل المدخنين والكحوليين والمصابين بفرط الضغط الشرياني أو بالبدانة. تعلم طرائق ضبط النفس الزبون مساعدة نفسه؛ مما يعني أن للزبون دوراً فاعلاً وأنه هو من يجب أن يتحمل تبعة تغيير نمط حياته، لذلك فإن التقييم مهم جداً. ففي تدبير البدانة - مثلاً- من الضروري توضيح أن الغاية هي تحديد مناطق محتملة للتغيير السلوكي وأنه ليس ضرورياً تحديد سبب المشكلة، وتتضمن طرائق ضبط النفس في تدبير البدانة تعديل نمط تناول الطعام، مثل مضغ الطعام عدداً محدداً من المرات، وتجنب التعرض للمأكولات المشهية، وتناول الوجبات في ظروف منبهة نوعية، وتجنب تسوق الطعام في أثناء الجوع، والرصد الذاتي لتناول الطعام ولوزن الجسم. ويمكن تطبيق منع الاستجابة لمقاطعة عادة الأكل في غياب الجوع، حيث يجب على الزبون ألاّ يأكل كلما توافر الطعام، وقد يمارس الزبون ذلك خارج الجلسات العلاجية، مثل الذهاب إلى محل حلويات وعدم شراء شيء، ويمكن إرفاق ذلك بمكافأة ذاتية تعزز السلوك المرغوب، مثل شراء شيء آخر غير الطعام (كبطاقة دخول للسينما).

ز- تدريب المهارات الاجتماعية وتدريب الحزم social skills training and assertiveness training: تروج هذه البرامج للسلوك المرغوب، وتفيد على نحو خاص في تدبير القلق الاجتماعي، ويستفيد من تدريب الحزم الزبائن الذين تتوافر لديهم المهارات اللازمة للتعبير عن أنفسهم على نحو ملائم في الظروف الاجتماعية؛ لكنهم يخشون استخدامها (رهاب اجتماعي)، في حين يستفيد من تدريب المهارات الاجتماعية الأفراد الذين تعوزهم المهارات اللازمة للنجاح في الظروف الاجتماعية؛ أي إن تدريب الحزم هو برنامج لتخفيف القلق على نحو رئيس، وتدريب المهارات الاجتماعية هو على نحو رئيس برنامج تثقيفي، ويهدف كل منهما إلى تحسين فعالية الزبون في العلاقات مع الآخرين، ويمكن تطبيق كل منهما على نحو جماعي في جماعة علاجية تظهر الظروف

الاجتماعية التي يتوجب فيها على الزبون أداء مهاراته الاجتماعية أمام آخرين وتلقي ملاحظاتهم.

يطبق تدريب المهارات الاجتماعية عادةً على المرضى المضطربين نفسياً الذين يعانون الوحدة والعزلة الاجتماعية، فيتم تعليمهم كيفية تمييز الايماءات الاجتماعية وتفريقها، ومهارات التواصل.

ح- تعديل السلوك behavior modification: تعتمد طرائق تعديل السلوك على تطبيق خطط (استراتيجيات) التكييف الفاعل، مثل مكافأة السلوك المرغوب وتعزيزه، وأكثر طريقة شهرةً هي طريقة "الاقتصاد الرمزي token economy" التي تفيد على نحو خاص في إعادة تأهيل المرضى النفسيين المقيمين في المصحات النفسية، حيث يكسب المريض علامةً كلما أتمّ مهمة أو كلما تصرف على نحو مناسب، ويمكنه استبدال العلامات التي يجمعها بمعززات متنوعة (مثل الطعام أو السجائر)، ويمكن متابعة توظيف الاقتصاد الرمزي في بيئة المريض الاجتماعية (بيت، مدرسة، عمل) بعد مغادرة المريض المستشفى بهدف تأسيس أنماط سلوكية مرغوبة أو تعديل استجابات محددة.

والإقصاء "أو الوقت المستقطع time out" طريقة أخرى لتخفيف تواتر حدوث سلوك غير مناسب (مثل العدوانية) في المصحات النفسية، فبدلاً من توجيه الاهتمام إلى المريض ومحاولة إقناعه بالتوقف عن السلوك غير المرغوب؛ ينقل إلى غرفة أخرى أو إلى الحمام، ويمكن للوقت المستقطع أن يكون طريقة ضبط نفس مفيدة تُعلم المريض القوب مع غضبه عن طريق إخراج نفسه من الظرف المكرب، فيطلب إلى المريض - مثلاً- الخروج من المنزل والسير في الطريق حين الشعور بالغضب.

يمكن استخدام طريقة الوقت المستقطع مع الأطفال في البيت أو في المدرسة، كما يمكن استخدام طرائق تعزيز مشابهة في علاج سلس البول الليلي عند الأطفال، إما عن طريق تعزيز السلوك المرغوب بطريقة بطاقة النجوم star chart؛ وإما عن طريق معاقبة السلوك غير المرغوب باستخدام المنبه. ففي طريقة بطاقة النجوم يكسب الطفل نجمة لكل ليلة جافة لا يحدث فيها سلس بولي، ويمكنه استبدال النجوم التي يجمعها بمعززات مادية (كأن تشتري له أمه شيئاً يرغب به) أو معنوية (كأن يرافق والده في نزهة خاصة). أما طريقة المنبه فتحتاج إلى جهاز خاص يتفعل إذا بال الطفل في أثناء الليل، ويوقظ الطفل الذي يتلقى حينها "عقاباً": هو تبديل ملابسه وشراشف سريره بنفسه.

تستخدم بعض طرائق تعديل السلوك لتعليم الأطفال - بما فيهم المصابون بالتخلف العقلي - اكتساب مهارات جديدة باستخدام طرائق النحت أو الحث أو السَلْسَلة التي تهدف إلى تعليم الطفل سلوكاً جديداً ومن ثم تعزيز ذلك السلوك. فالنحت shaping (ويعرف أيضاً باسم طريقة التقريبات المتتالية method of successive approximations) هو تعزيز سلوك ينحت تدريجياً لتقريبه من السلوك النهائي المرغوب؛ فمثلاً: عند تعليم طفل متخلف عقلياً النطق؛ يعزز المعالج أولاً أي صوت يصدر عن الطفل، وبعد أن يصبح الطفل قادراً على إصدار الأصوات؛ يصبح المعالج انتقائياً، فيعزز منها فقط أقربها إلى أصوات الكلام، ويستمر "النحت" بهذه الطريقة حتى الحصول على حروف وكلمات مميزة. تطبق الأمهات مثل هذه الطريقة على نحو تلقائي (وإن كان أقل منهجية) عن طريق الانتباه الانتقائي وتعزيز الأصوات المشابهة للكلام الصادرة عن أطفالهن. والحثّ prompting هو توجيه المتعلم باتجاه القيام بسلوك ما عن طريق حثه لفظياً أو فيزيائياً؛ فيقود المعالج المتعلم عبر الحركات اللازمة لأداء السلوك المرغوب، ويسحب الحث تدريجياً عندما يصبح ذلك السلوك ثابتاً. أما السلسلة chaining فهي تجزئة سلوك معقد إلى سلسلة من الأفعال البسيطة، ثم تعزيز أول هذه الأفعال حتى يصبح حدوثه موثوقاً، فيحول التعزيز إلى تعزيز تسلسل أول فعلين معاً؛ أي يصبح تتابع حدوث أول فعلين ضرورياً قبل التعزيز، وبمتابعة هذه الطريقة؛ تضاف الأفعال التالية في السلسلة على نحو متتابع حتى يتم تعلم السلسلة بكاملها وأداء السلوك المطلوب. مثلاً: لتعليم طفل الأكل وحده باستخدام الملعقة؛ يُبدأ بتعزيز مجرد إمساكه بالملعقة، وعندما يجيد ذلك يصبح التعزيز واجباً فقط؛ إذا أمسك بالملعقة، ووضعها في الصحن، وهكذا إلى أن يتقن الطفل إطعام نفسه.

٣- المعالجة المعرفية cognitive therapy:

تشتق المعالجة المعرفية من التفسير المعرفي الذي يرى أن الاضطراب النفسي هو امتداد مضخم لاستجابات سوية؛ وأن التعبير عن الاضطراب النفسي يتم بثلاثة أشكال من الاستجابات المتزامنة: استجابات معرفية، واستجابات مزاجية، واستجابات سلوكية (الجدول ٥).

تعتمد المعالجة المعرفية على تحديد الاستجابات المعرفية المسببة للاستجابات المزاجية والسلوكية بغية التعامل معها ومعالجة الاضطراب النفسي الناجم عنها. ويمكن توضيح ذلك من مراجعة نظرية بيك Beck المعرفية الخاصة

الاضطراب النفسي	الاستجابة المزاجية	الاستجابة المعرفية	الاستجابة السلوكية
اكتئاب	حزن	خسارة، ضياع، فقدان	انطواء وعزلة
هوس	فرح	كسب	انطلاق وانفتاح
قلق	خوف	خطر	تجنب
زور	غضب	اضطهاد	عدوانية

الجدول (٥) أشكال الاستجابات النفسية

بالاكتئاب، فقد قال بيك: إن الاكتئاب هو نتيجة "ثالوث معرفي" مؤلف من نظرة سلبية تجاه كل من الذات، والمستقبل، والعالم وما يجري فيه من حوادث؛ فالإخفاقات هي نتيجة عدم الكفاية وكراهية الآخرين، والمستقبل هو مجرد امتداد لتعاسة الحاضر. تقود هذه النظرة إلى إدراك لاعقلاني، أو تحريف معرفي cognitive distortions يسبب الاكتئاب. وهناك ثمانية أنواع من التحريف المعرفي، هي:

أ- التجريد الانتقائي selective abstraction: هو التركيز على حدث مفرد وتجاهل أحداث أخرى مثل التركيز على توبيخ الرئيس وتجاهل مديحه، أو التركيز على تفصيل معزول عن سياق حدوثه، فيرى المريض خطأه؛ ولكن ينسى أن ذلك الخطأ كان نتيجة منطقية لظروف موضوعية.

ب- الاستدلال الكيفي (الاعتباطي) arbitrary inference: وهو التوصل إلى استنتاج لا تسوغه الوقائع في ظروف مبهمة، مثل استنتاج المريض أن جاره يكرهه؛ لأنه مرَّ بجواره ولم يحيِّه.

ج- الشخصنة personalization: وهي الميل للربط بين الشخص نفسه وبين أحداث خارجية؛ من دون مسوغ منطقي، كأن يعدّ نفسه مسؤولاً عن أخطاء لا علاقة له بها.

د- الاستقطاب polarization: أي التطرف الفكري المطلق بحيث تنعدم الحلول الوسط، فيصنف البشر إلى جيد وسيئ، ويرى الأمور على أنها إما بيض وإما سود؛ ولا يجد بينها أي أمر رمادي.

هـ- التعميم generalization: أي التوصل إلى نتيجة تُعمَم على كل المواقف انطلاقاً من حادثة محددة، مثل أن يرسب الشخص في امتحان؛ فيعدّ نفسه مخفقاً دائماً، ورؤية الأشياء من منظور "دائماً أو أبداً" مثل اعتقاد مريضة أن سلوك زوجها سيئ دائماً، ولن يتغير أبداً.

و- التوقعات الملحة demanding expectations: هي الاعتقاد وجود أنظمة وقواعد لا بد من اتباعها. مثل الاعتقاد أن الابن يجب ألاّ يناقش انتقادات أمه، وإصابة الأم بالاكتئاب؛ لأن ابنها جادلها بموضوع ما.

ز- التهويل أو التفكير الكارثي (الكارثية) catastrophizing: أي القفز دائماً إلى أسوأ الاستنتاجات الممكنة للظرف، فتُبنى استنتاجات مصيرية على حدث تافه.

ح- المحاكمة العاطفية (الانفعالية) emotional reasoning هي المحاكمة العقلية المبنية على المشاعر، وليس على الحقائق، مثل اعتقاد الشخص أن "مشاعره لا تخطئ" رغم عدم وجود برهان على صحة ما توصله إليه تلك المشاعر من استنتاجات.

تنجم عن التحريف المعرفي أفكار تلقائية automatic thoughts، وتهدف المعالجة المعرفية للاكتئاب إلى تعرّف أفكار المريض التلقائية وإلى فحصها عقلانياً وتعديلها بهدف إلغاء تأثيرها المعطل لقدرة المريض على التكيف مع الواقع، وتعديل ما ينجم عنها من ردود فعل انفعالية مفرطة وغير ملائمة، ويتم ذلك من خلال أربع خطوات عملية، هي: اكتشاف الأفكار التلقائية، وتحديد الآثار الضارة للأفكار التلقائية في المريض (عن طريق حفظ المريض مفكرة يكتب فيها أفكاره وما رافقها من مشاعر ومن تصرفات)، وأن تستبدل بالأفكار التلقائية أنماط فكرية أكثر واقعيةً وتكيفاً، وتعزيز المعالج للتغيرات الإيجابية في طرائق تفكير المريض. وقد توظف بعض الطرائق السلوكية للمساعدة على تحسين مستوى أداء المريض ودرجة انخراطه في نشاطات ممتعة تُبين له أنه ليس عاجزاً أو بلا قيمة، فتفيد في تخفيف شعوره بالاكتئاب.

تطبق المعالجة المعرفية للاكتئاب خلال فترة محدودة من الوقت (عادةً من اثنتي عشرة جلسة أسبوعية)، ويكلف المريض حفظ مفكرة يكتب فيها أفعاله وما رافقها من أفكار ومشاعر، ويراجع المعالج والمريض هذه المفكرة في أثناء جلسة العلاج

الأسبوعية التي تستمر عادة نحو ٤٥ دقيقة. يتم في أثناء جلسات العلاج تطبيق الطرائق التالية:

(١)- **شرح تعليمي** عن الاستعراف وكيفية تأثيره في الوجدان والسلوك.

(٢)- **جدولة فعالة** لما يجب أن يقوم به المريض ولما يقوم به فعلا: تهدف هذه الجدولة إلى التغلب على ابتعاد المريض المكتئب عن الانخراط بالنشاطات بسبب اعتقاده أنه إما سيفشل وإما أنه لن يتمتع بالمحاولة. يجدول المعالج والزبون يوم الزبون ساعة بساعة، ويحفظ الزبون قائمتين من النشاطات: واحدة للنشاطات الملزم بها والثانية للتي نفذها فعلاً، وعندما يقارن الزبون القائمتين يجب أن يجد إرتجاعاً إيجابياً وراحة؛ لأنه قد تمكن من تنفيذ الخطة اليومية.

(٣)- **الإلزام بمهام متدرجة:** يطلب من المريض تقييم النشاطات من ناحية التمكن والتمتع وجدولتها في خطته اليومية مع إعطاء علامة لكل فعالية بحسب درجة شعوره بأنه تمكن منها، وتمتع بها، فتقدم كل مهمة منفذة تعزيزاً للسلوك المرغوب، وذلك ليس مهماً للمريض فحسب: بل أيضاً للمعالج الذي يستفيد منه في تحديد النشاطات التي يجب أو لا يجب التشجيع عليها.

(٤)- **تحديد الأفكار التلقائية عن طريق رصد النفس:** يطلب من المريض كتابة كل ما يمكنه من أفكاره المزعجة خارج جلسة العلاج أو أن يسجل الحوادث أو الظروف التي تولد الأفكار الاكتئابية؛ مما يساعد المريض على أن يصبح أكثر وعياً بالترابط بين الأفكار والمشاعر.

(٥)- **اختبار الأفكار التلقائية وفحص واقعيتها:** بعد أن يتعلم الزبون كيفية تمييز طرائق التفكير والأفكار النوعية التي تثبت الاكتئاب، يخضع كل فكرة منها لفحص واقعيتها بغية المساعدة على تصحيحها، وذلك عن طريق التساؤل عن البرهان الداعم لكل فكرة تلقائية والتفكير بإيجاد طرائق أخرى لفهمها، وتقدير ما إذا كانت فعلاً بتلك الدرجة من السوء؛ حتى لو كانت صحيحة.

٤- المعالجة السلوكية المعرفية cognitive behavioral therapy:

تنبه الكثير من المعالجين السلوكيين لأن التغير السلوكي غير كافٍ للمعالجة الفعالة وأنه يجب أن يرافقه تبدل في نمط التفكير (الاستعراف)، فمثلاً، قد يساعد استخدام الخطط (الاستراتيجيات) السلوكية المريض المكتئب على أن يصبح أكثر نشاطاً في الأعمال اليومية، ولكن لا يمكن توقع التحسن طويل الأمد من دون تعديل الأفكار المسببة للاكتئاب: فبدلاً من عدّ البشر متلقين سلبيين للبيئة (كما هو الحال في السلوكية)؛ يجب أن ينظر إليهم على أنهم مساهمون فعالون في ترتيب البيئة وفي إثارة التنبيهات التي تردهم من البيئة (النظرة المعرفية)، وقد أصبح من الشائع مشاركة طرائق المعالجة المعرفية مع طرائق المعالجة السلوكية فيما يعرف بالمعالجة السلوكية المعرفية التي تستخدم بنجاح في تدبير مختلف الاضطرابات النفسية. فبالنسبة إلى القلق مثلاً؛ قد تعالج التظاهرات الفيزيولوجية (مثل تسارع نظم القلب والتنفس، وارتفاع ضغط الدم، وزيادة التوتر العضلي) بطرائق الاسترخاء، وتعالج التظاهرات السلوكية (مثل سوء أداء المهام الحركية النفسية، وتجنب الظروف المحدثة للقلق، ونقص النشاط الهادف) باستخدام إزالة التحسس التدريجي، وتعالج التظاهرات المعرفية (مثل الشعور بالخوف، وسوء التركيز، وانشغال التفكير بمخاوف وصفية مثل توقع الإخفاق) بطريقة تعديل الأفكار التلقائية. فالتنبيه العصبي المستقل (الودي) يسبب الأعراض نفسها مهما كان سببه، وتتطلب تسمية الانفعال المسبب له (خوف أو غضب أو غيره) تفسيراً من الشخص نفسه، ويعتمد هذا التفسير أفكاراً مبنية على التجارب السابقة والظروف الاجتماعية الراهنة؛ فقد تطلق على التنبيه الودي نفسه تسميات مختلفة من قبل مرضى مختلفين، وذلك بحسب سوابقهم وتوقعاتهم والمضمون الاجتماعي لما يمرون به... إلخ. ويمكن تعليم المرضى تعديل أفكارهم وإعادة تفسير مشاعرهم وتسميتها باستخدام مبادئ المعالجة المعرفية أو المعالجة السلوكية المعرفية.

توظف طرائق المعالجة المعرفية السلوكية في تعليم الناس مهارات قوب فعالة تساعدهم على اكتساب السيطرة على حياتهم، وتفيدهم حين التعامل مع الظروف الصعبة، بأن يعطى الزبون دوراً فعالاً بدل أن يكون مستسلماً منفعلاً للرعاية والعلاج الموصوف من قبل طبيب أو معالج. وتوفر هذه الطرائق علاجاً لمشكلات متعددة تتضمن الاضطرابات القلقية، والاضطرابات الوسواسية - القهرية، والاكتئاب، واضطرابات الأكل، والاضطرابات الألمية، وسوء الوظيفة الجنسية، والانفعالات والأفكار المزعجة مثل اللوم والذنب والغضب وانخفاض احترام الذات، والقوب مع مختلف أزمات الحياة، والوقاية من بعض الاضطرابات والأمراض المتعلقة بالسلوك مثل داء عوز المناعة البشرية المكتسب (AIDS). ومن تطبيقات المعالجة السلوكية المعرفية: تدريب حل المشكلات، وإعادة البناء المعرفي، وتدريب التعزيز الذاتي.

أ- تدريب حل المشكلات problem solving training:

تستخدم هذه الطريقة استخداماً واسعاً في مشورة الأزمات وفي المشورة الزواجية والمشورة العائلية كما سيرد في بحث المشورة النفسية، وتتألف من خمس خطوات أو أطوار، هي:

(١)- تمييز المشكلة.

(٢)- تعريف المشكلة وأهداف التداخل عن طريق صياغة المشكلة بمصطلحات جلية يمكن العمل عليها، ويمكن تسهيل تعريف المشكلة عن طريق محاولة الإجابة عن بعض الأسئلة مثل "أين تكمن المشكلة؟"، "ما هي المشكلة؟"، "ما الذي يثبت المشكلة؟".

(٣)- وضع حلول بديلة وخطة عمل، فيطلب مثلاً من الزبون جدولة مختلف الخيارات الممكنة للتعامل مع المشكلة، ثم تستكشف المشكلة في ضوء احتياجات الزبون ونمط حياته وقيمتها، ويفحص كل خيار من حيث مدى ملاءمته وإمكانية تطبيقه وما قد ينجم عن تطبيقه من فوائد ومكاسب؛ وأيضاً من مخاطر وخسائر. تتم بهذه الطريقة مساعدة الشخص على تقييم الخيارات المتاحة ورفض ما كان منها غير كافٍ أو بلا طائل والإبقاء على الحلول التي يجدها مريحة ومناسبة له.

(٤)- اتخاذ قرار بانتقاء الحل وتنفيذ خطة العمل. بعد انتقاء الحل الذي يعتقد الشخص أنه الأفضل بالنسبة إليه؛ توضع خطة لتطبيق ذلك الحل، وتقسم الأفعال اللازمة لبلوغ الهدف إلى خطوات أو مهام منفصلة تساعد على رصد التقدم نحو حل المشكلة، ويستفاد من إنهاء كل خطوة أو مهمة بنجاح في استمرار دفع الزبون وفي تعزيز سلوكه.

(٥)- تقييم نتيجة خطة العمل. قد يتطلب الأمر بعد هذا التقييم تعديل خطة العمل، أو تكرار حدثية حل المشكلة واتخاذ القرار.

ب- إعادة البناء المعرفي cognitive restructuring:

تهدف طرائق إعادة البناء المعرفي إلى تعليم مهارات القوب، ففي حين تساعد الخطط (الاستراتيجيات) السلوكية الزبون على القوب مع القلق بوساطة الاسترخاء، تُعلِّم طرائق إعادة البناء المعرفي الزبون كيفية القوب مع مختلف كروب الحياة ومع مختلف الانفعالات السلبية. من هذه الطرائق **المعالجة الانفعالية المنطقية rational emotive therapy** المشتقة من فرضية أن الانفعالات البشرية تنجم عن التفكير والتعبير اللفظي عن الذات، أو ترافقها مباشرةً؛ وأن الاضطراب الانفعالي ينجم عن أفكار غير منطقية مثل اعتقاد الشخص أن كل إنجازاته يجب أن تكون مثالية الكمال؛ لكي يعدّ نفسه غير مخفق، أو الاعتقاد أن استحسان الآخرين وحبّهم ضروريان؛ لكي يشعر بقيمة نفسه (مثلاً: "يجب أن يحبني الجميع؛ وإلا فأنا بلا قيمة"). تهدف المعالجة الانفعالية المنطقية إلى تصحيح الاضطرابات الانفعالية عن طريق تغيير نمط تفكير الشخص وإبعاده عن بعض المعتقدات غير المنطقية الوصفية، والمهمة الكبرى للمعالج هي مواجهة الشخص بأفكاره غير المنطقية وبأقواله المحبطة لذاته، ويتم ذلك عن طريق إطلاع الشخص على حقيقة أن أفكاره غير المعقولة تجعله غير سعيد، ومن ثم تعليمه كيفية تصحيحها، فيقوم المعالج بمواجهة تلك الأفكار المحبطة وغير المنطقية وتكذيبها وإنكارها؛ وبتأويلها تأويلاً مباشراً؛ وبتشجيع الزبون على إعادة تقييمها؛ فيطلب من الزبون أن يفكر بصوت مرتفع بصورة يمكن معها للمعالج مساعدته على تقييم الافتراضات غير الواقعية وتعديلها، كما يشجع الزبون على تطبيق هذه الطريقة في ظروف الحياة الحقيقية.

ج- تدريب التعزيز الذاتي self-reinforcement training:

يؤدي عدم مكافأة الشخص لنفسه على إنجازاته إلى انخفاض احترام الذات وإلى الشعور بالاكتئاب، ويهدف تدريب التعزيز الذاتي إلى زيادة اهتمام الشخص بأقواله وأفعاله، وإلى تعليمه أن يكافئ نفسه ويمدحها كلما قام بأداء مقبول.

رابعاً- طرائق العلاج النفسي الجماعي:

- **علاج الجماعة group therapy:**

علاج الجماعة أو العلاج النفسي الجماعي هو شكل من أشكال المعالجة النفسية يقوم فيه معالج واحد أو أكثر بمعالجة مجموعة صغيرة من الناس تعامل كجماعة، وتطبق فيه عادةً معالجة تحليلية نفسية جماعية تستخدم سياق الجماعة وحدثيات الجماعة كآلية للتغيير عن طريق إحداث علاقات بين أفراد الجماعة واستكشافها واختبارها؛ ولكن علاج الجماعة ليس بالضرورة تحليلياً؛ فقد يستخدم فيه أي شكل من أشكال المعالجة النفسية بما في ذلك المعالجة السلوكية المعرفية، فهناك مثلاً جماعات نشاطات، وجماعات دعم، وجماعات حل مشكلات، وجماعات التعبير غير اللفظي مثل المسرح النفسي والعلاج بالموسيقا أو بالرقص.

ينصب الاهتمام في علاج الجماعة على العلاقات المتبادلة بين أفراد جماعة من الناس، وليس على العلاقات الفردية كما هو الحال في العلاج النفسي الفردي؛ إذ يشارك أفراد

الجماعة العلاجية بعضهم بعضاً في معايشة مشكلاتهم وفي تحديد العوائق والصعوبات التي يواجهها كل منهم في تعامله مع بقية أفراد الجماعة، ويكون كل فرد من أفراد الجماعة محط نقد بقية أفراد الجماعة وتشجيعهم ودعمهم؛ مما يزيد من قدرته على تحديد العوائق والصعوبات التي يواجهها في بناء علاقاته الشخصية على نحو عام. عملياً تتشكل الجماعة من معالج واحد أو أكثر ومن عدد صغير (نحو ١٢ فرداً) من أفراد متقاربي السن يفضل أن يكون عدد الذكور بينهم مساوياً لعدد الإناث. يناقش المعالج مع أفراد الجماعة مختلف الموضوعات بحرية تامة بوصفه واحداً منهم من دون أن يوجههم أو أن يتحكم مباشرةً بمجرى النقاش؛ إلا أذا تاه الحوار في مواضيع ليس لها جدوى. أما بقية أفراد الجماعة؛ فيفترض أن يقوم كل منهم بأداء "دور نفسي" يهدف إلى حل مشكلاته في أثناء جلسة العلاج الجماعي، ولكن يشعر أفراد الجماعة عادةً بقلق يمنعهم من أداء الدور النفسي المطلوب؛ فغالباً ما يتجنب المرضى أداء ذلك الدور بطرائق مختلفة كالتزام الصمت طوال فترة جلسة العلاج الجماعي، أو الحديث عن أمور لا علاقة لها بموضوع الحوار كأحوال الطقس مثلاً. وتكمن مهارة المعالج في تسخير القلق الموجود داخل الجماعة من أجل الحصول على أفضل أداء للدور النفسي من قبل أفراد الجماعة العلاجية، وكلما زادت الثقة بين أفراد الجماعة زاد التلاحم بين أفرادها؛ مما يشجعهم على أداء دورهم النفسي الذي يهدف إلى التغلب على المشكلات الفردية.

بدأ تطوير علاج الجماعة في النصف الأول من القرن الماضي، وتزايد استخدامه بعد الحرب العالمية الثانية بسبب كثرة المصابين باضطرابات نفسية مثل "تعب المعارك" وقلة عدد المعالجين، وقد قام كثير من الأطباء والمعالجين النفسيين بدراسة ظواهر علاج الجماعة، ويعد يالوم Yalom أول من حدد **العناصر العلاجية في علاج الجماعة، وهي:**

١- الشمولية universality: أي أن يميز أعضاء المجموعة أن معاناتهم شائعة وتحظى باهتمام إنساني عام عن طريق مشاركة الخبرات والمشاعر بينهم؛ مما يساعد كلاً منهم على التخلص من الإحساس بالعزلة؛ وعلى التأكد من مشروعية خبراته على نحو يزيد من احترامه نفسه.

٢- الإيثار altruism: فالجماعة تتيح الفرصة أمام مساعدة آخرين والتمتع بالمقدرة على العطاء؛ مما يزيد من احترام الذات، ويساعد على تطوير مهارات تواصل وأنماط تأقلم مفيدة.

٣- زرع الأمل instillation of hope؛ إذ تتشكل الجماعة من أعضاء في مراحل مختلفة من التطور والشفاء، ويفيد وجود أعضاء بمراحل متقدمة في تشجيع أعضاء ما زالوا يصارعون أعراضهم والهامهم.

٤- نشر المعلومات imparting information؛ إذ يفيد أعضاء الجماعة بعضهم بعضاً بما يملكونه من معلومات حول العلاجات والخدمات المتوافرة لهم مثلاً.

٥- تلخيص تصحيحي لخبرات العائلة الأصلية corrective recapitulation of the primary family experience؛ إذ يُوظِّف أعضاء الجماعة - في المعالج وفي باقي أعضاء الجماعة - مشاعرهم تجاه والديهم وإخوتهم، وذلك هو شكل من الإنقال خاص بعلاج الجماعة، وتساعد تأويلات المعالج على تفهم تأثير خبرات الطفولة في شخصية كل من أعضاء الجماعة؛ مما قد يعلمهم تجنب تكرار نماذج غير مجدية من التفاعلات القديمة في العلاقات الراهنة.

٦- إحداث طرائق للاختلاط الاجتماعي development of socializing techniques؛ إذ توفر بيئة الجماعة وسطاً آمناً وداعماً لأعضائها للمخاطرة بتوسيع مخزونهم من أنماط السلوك الاجتماعي ومن المهارات الاجتماعية.

٧- سلوك المحاكاة imitative behaviour: فيطور أعضاء الجماعة مهاراتهم الاجتماعية عن طريق مراقبة سلوك المعالج وبقية أعضاء الجماعة وتقليدهم والاقتداء بهم للقيام - مثلاً- بمشاركة المشاعر الشخصية وإبداء الاهتمام ودعم الآخرين.

٨- التعاضد (التماسك) cohesiveness: ويعتقد أنه العنصر العلاجي الأول الذي تشتق منه بقية العناصر المذكورة آنفاً، فالناس بحاجة إلى حسّ الانتماء، ولا يحدث التطور الشخصي إلا في سياق التفاعل مع آخرين، وتمنح الجماعة المتعاضدة (المتماسكة) كل أعضائها شعوراً بالانتماء والتقبل والشرعية.

٩- عوامل وجودية existential factors: تعلم الشخص أن عليه تحمل مسؤوليات حياته وعواقب قراراته.

١٠- التنفيس catharsis؛ وهو تفريغ الضيق الانفعالي عن طريق التعبير الحر وغير المشروط عن العواطف، ويتخلَّص أعضاء الجماعة من مشاعر العار والذنب المزمنة حين تتاح لهم الفرصة للتحدث عن تجاربهم أمام مستمعين متعاطفين.

١١- التعلم من الآخرين interpersonal learning؛ إذ يزداد وعي الفرد لذاته عبر التفاعل مع بقية أعضاء الجماعة وما

يتلقاه منهم من ترجيع feedback يخص سلوكه وتأثيره في الآخرين.

١٢- تفهم النفس self-understanding: يتداخل هذا العنصر مع التعلم من الآخرين؛ ولكن يقصد به تحقيق مستويات أعلى من تبصر الفرد بمنشأ مشكلاته وبالدوافع اللاشعورية الكامنة خلف سلوكه.

يمكن لعلاج الجماعة أن يشكل جزءاً من المجتمع العلاجي في المستشفيات النفسية أو المستشفيات النهارية، حيث قد يشتمل - إضافةً إلى المعالجة الكلامية - على معالجات تعبيرية مثل المسرح النفسي والعلاجات الفنية والمعالجة بالرقص، كما يمكن تقديم علاج الجماعة على نحو منفرد.

هناك براهين واضحة على فعالية علاج الجماعة في تدبير الاكتئاب، وفي علاج ضحايا سوء المعاملة الجنسية والمحاربين القدماء المصابين باضطراب الكرب التالي للرضح، وهناك براهين أضعف على فائدة علاج الجماعة في تدبير اضطراب الشخصية الحدية.

- **المعالجة العائلية family therapy**:

رغم أن من يراجع الطبيب أو المعالج النفسي قد يكون شخصاً واحداً؛ يتبين في بعض الأحيان أن المشكلة ليست محصورةً بالشخص نفسه، بل هي نتيجة لطريق العمل والتفاعل ضمن عائلته؛ مما يجعل من الضروري تقييم كل العائلة بهدف تغيير أدائها؛ فقد يفيد تحسين أداء العائلة كلاً من الشخص طالب المعالجة والعائلة كلها.

يهدف تقييم العائلة إلى استكشاف الأداء الراهن في العائلة ونقاط قوة العائلة ونقاط ضعفها وكيف بدأت المشكلة، واستناداً إلى هذا التقييم يمكن التخطيط للعائلة: لكي تتغير إلى الأفضل أو لكي تعيد تأطير مشكلاتها، **وتتضمن أهداف التقييم**:

١- تحديد مشكلة العائلة التي يجب التعامل معها. فقد تخفي الشكوى الرئيسية شكاوى أعمق، وقد يرغب بعض أفراد العائلة في حرف الانتباه عنهم وتوجيهه باتجاه أفراد آخرين من العائلة.

٢- تقييم التفاعلات والعلاقات ذات الصلة بالمشكلة ضمن العائلة.

٣- فهم الدور الذي تؤديه المشكلة في حياة العائلة.

لا يمكن الفصل التام بين تقييم العائلة وبين التداخل؛ إذ لا تقتصر مهمة التقييم على تحديد المشكلة، بل تتضمن أيضاً إشغال كل العائلة بالمعالجة، وقد يكون ذلك صعباً؛ لأن بعض العائلات تقاوم التغيير. فقد يكون في استمرار المشكلة فوائد مهمة تقع خارج نطاق إدراك العائلة، مثلاً: قد يستفيد الوالدان من التركيز على ابنهما المراهق ومن تقديمه على أنه مشكلة العائلة في تجنب التعامل مع خلافاتهما الزوجية الجدية. لذلك من الضروري أن يبقى المعالج على اتصال مستمر مع كل فرد من أفراد العائلة طوال فترة الجلسة، وأن يلاحظ كل أنماط التواصل اللفظية وغير اللفظية المستخدمة وان يرصد حدثية المعالجة، ولما كان من المستحيل على معالج منفرد القيام بكل هذه المهام في الوقت نفسه؛ يتم عادةً دعم المعالج بمعالجين مشاركين.

تنفذ المعالجة العائلية في غرفة كبيرة تحتوي على كراسيّ مرتبة بشكل دائرة وعلى طاولة صغيرة في المركز عليها بعض ألعاب الأطفال وأدوات الرسم، وتزود غرفة المعالجة عادةً بمرآة وحيدة الاتجاه تمكن المعالجين المشاركين من المراقبة والتدخل في أثناء الجلسة عند الحاجة، أما إذا لم تتوافر مرآة وحيدة الاتجاه: فيمكن لمعالج مشارك (أو معالجين مشاركين) الحضور في غرفة المعالجة. من المهم جداً مشاركة كل أفراد العائلة بجلسات التقييم والمعالجة، ورغم أن بعض المعالجين يشعرون بالقلق حول مشاركة الأطفال الصغار في الجلسات؛ لأنهم يتطلبون الكثير من الانتباه؛ فإنه من الضروري وجود جميع أفراد العائلة بما فيهم الرضع، بل قد يدعى إلى جلسات المعالجة أشخاص آخرون يبين تقييم المعالج أن لهم صلة بفهم مشكلة العائلة، وذلك مهم على نحو خاص في حالة العائلة الممتدة؛ فرغم أن وجود الأعمام والأخوال قد لا يكون ضرورياً في أثناء التقييم؛ لا بد من مشاركتهم في خطة المعالجة.

تبنى التداخلات العلاجية على فهم كيفية عمل العائلة، ويتطلب ذلك الفهم والتداخل أن يكون المعالج مرناً ومبدعاً، فيندمج مع ظروف الجلسة العلاجية، ويتفهمها، ويتجاوب معها، كما يعمل على تحديد نمط العائلة وبنيتها وخطتها (استراتيجيتها) من طريق تحديد أمور متنوعة مثل تعرّف الشخص المسيطر في العائلة، وكيفية التعبير عن عدم الموافقة، والشخص المستضعف في العائلة. ولكن يجب على المعالج دائماً أن يتجنب الانجراف ليؤدي دوراً في نظام العائلة، وألا يحاول حماية من يراه ضعيفاً، وألا يطلق أحكاماً أو يعطي نصائح؛ فقد يعيق ذلك الانجراف التغيير ضمن العائلة.

هناك **ثلاث مدارس رئيسية للمعالجة العائلية**: تركز المقاربة الجهازية systemic approach على أهمية الحركات الجلية والخفية للعائلة عبر مراحل التطور، وتركز المقاربة

البنيوية structural approach على أهمية بنية العائلة وتنظيمها وأدوارها وحدودها، وتركز المقاربة الاستراتيجية strategic approach على التواصل وعلى الاستجابات اللفظية وغير اللفظية لأفراد العائلة بعضهم ببعض وللمعالج. تحتاج ممارسة أي من هذه الطرائق إلى تدريب نوعي تحت إشراف معالجين خبراء، فهناك دائماً مخاطر وصعوبات قد يقع فيها حتى المعالج الخبير بتطبيق المعالجة العائلية، منها مثلاً:

١- **مشكلة توفير حماسة** كل أفراد العائلة ومشاركتهم في المعالجة النفسية.

٢- **احتمال تعريض بعض أفراد العائلة للخطر** عند اشتمالهم بمعالجة عائلية مكثفة؛ إذ يتطلب تكثيف الانتباه الموجه لأي فرد من أفراد العائلة مصاب بالاكتئاب أو باضطراب ذهاني أو لديه أفكار انتحارية؛ فقد يلزم مثل هؤلاء الأفراد بمعالجة فردية تقي من تدهور محتمل.

٣- **خطر تفكك العائلة** نتيجة تغيير وضعها الراهن، ولكن انتهاء المعالجة إلى تفكك العائلة أو الطلاق لا يعني بالضرورة أن المعالجة كانت مخفقة؛ فربما كانت المعالجة العائلية ضرورية لكي يميز الزوجان أن إنهاء الزواج ليس إخفاقاً بل خيار، ولكي يتقبلا الطلاق كبداية كما هو نهاية.

خامساً- المشورة النفسية counseling:

من الصعب وضع حد فاصل بين المعالجة النفسية وبين المشورة النفسية (أو الإرشاد النفسي)، فلكل منهما الهدف نفسه، ألا وهو إحداث تغيير في السلوك بوسائط نفسية، وتؤدي وحدة الهدف هذه إلى جعلهما يشتركان أيضاً بخواص كثيرة مثل توفير بيئة تسهل على الزبون فتح قلبه وعقله، وإفساح المجال أمام التفريغ الانفعالي، وتشجيع الزبون على توضيح مشكلاته، وتحديد أهدافه وتعلم طرائق أكثر نفعاً للقوب مع المتغيرات البيئية. وتتألف البيئة التمكينية empowering environment في كل منهما: من شخص مهني (مشاور أو معالج نفسي) وزبون (شخص أو عائلة) يحتاج إلى المساعدة، ويشترط أن يتمتع المعالج أو المشاور بمعارف ومهارات مهنية ضرورية وببعض السمات الشخصية (مثل الدفء والتعاطف والتحمل) التي توفر بيئة آمنة ومأمونة وموثوقة للزبون، كما أن شهادة كلية الطب ليست ضرورية، وليست كافية لممارسة أي منهما، بل يتطلب كل منهما دراسةً وتدريباً خاصاً.

هذا ما تتشابه به المعالجة النفسية والمشورة النفسية، أما الفوارق بينهما فهي نظرية أكثر منها عملية، منها أن المعالجة النفسية تهتم بالعوامل التي يفترض أنها تساهم في ظهور السلوك المضطرب، في حين لا تهتم المشورة بالبحث عن جذور الاضطراب وأسبابه، بل تركز على إيجاد طرائق للتغلب على المشكلات الحالية؛ وليس على كيف بدأت ولماذا؟ ينجم عن ذلك اختلاف في الاهتمام بموضوع "بصيرة" الشخص بمشكلاته، ففي حين تنطلق المعالجة النفسية من تمييز الأسباب الكامنة خلف مشكلات الشخص وتأويلها وإدراكها؛ تركز المشورة على نحو رئيس على تغيير السلوك بدلاً من فهم الزبون. فإذا أُخذت مثلاً مشكلة شاب يواجه صعوبات في العمل وفي الحفاظ على وظيفة؛ فإن المعالجة النفسية التحليلية تمكن الزبون من فهم سلوكه الفعلي في ضوء تجاربه السابقة، وتساعده على إيجاد رابط بين والده الصارم المتسلط وبين عدم مقدرته على الدفاع عن نفسه على نحو يؤثر في أدائه في العمل وفي تفاعله مع الآخرين، أما المشورة فتركز في هذه الحالة على الشكوى الرئيسية (كيفية المحافظة على الوظيفة) عن طريق استكشاف الخيارات الممكنة التي تساعد ذلك الشاب على تحقيق غاياته من دون إضفاء أهمية كبرى على فهم العلاقة العاصفة مع والده بوصفها سبباً محتملاً لمشكلته.

توفر المشورة إطار عمل يتعلم الزبون من خلاله كيفية مساعدة نفسه بأن تمكنه من السيطرة على مختلف مشكلات الحياة. فعندما يجب على الشخص تعلم القوب مع أزمة ما؛ يمكنه استخدام نمط القوب ذاته في التعامل مع أزمات مستقبلية. تختلف المشورة عن المعالجة النفسية بأن الزبون هو الذي يحدد المشكلة، ويختار خطة العمل من بين عدة بدائل، في حين يختار المعالج طريقة المعالجة في المعالجة النفسية، ولا يكتفي باختيار المقاربة العلاجية (معرفية، سلوكية، تحليلية) فحسب، بل يختار أيضاً أنسب طريقة لمشكلات الزبون من بين الطرائق المتوافرة. يفرض ذلك التساؤل عن المسؤولية التي يبدو أنها الفرق الأهم بين المعالجة النفسية وبين المشورة؛ إذ تقع مسؤولية تحديد المشكلة وخطة العلاج وأهداف المعالجة على عاتق المعالج في المعالجة النفسية، في حين يتحمل الزبون في المشورة مسؤولية الأفعال والقرارات التي يشعر بأنها صحيحة ومناسبة له.

المهارات الأساسية:

تتعلق المهارات الأساسية للمشاور بالملاحظة وبالتواصل، وهما أمران لا يمكن أن يكونا منفصلين أو مستقلين أحدهما عن الآخر؛ لأن التواصل مبني على مهارات الملاحظة،

وباجتماعهما معاً يمكنهما المساهمة باستقبال رسائل الزبون وفهمها والاستجابة لها. تتضمن الملاحظة الفعالة والدقيقة الإصغاء الموضوعي الفاعل لكل من العناصر اللفظية وغير اللفظية في المقابلات مع الآخرين، ويتضمن التواصل الفعال الملاحظة كأساس لتبادل المعلومات، كما يتوقع من المشاور أن يتفهم الشخص المحتاج إلى المساعدة؛ مما يوجب أن يكون للمشاور هوية ودور مهني متحرر من تأثير معتقداته الشخصية ومواقفه وأحكامه المسبقة؛ فالتمكن من مساعدة الآخرين يتطلب أن يعي المشاور خصائصه الذاتية وأن يعرف نفسه على نحو كافٍ لتمكينه من أن يكون صادقاً مع زبائنه بغض النظر عن عرقهم أو لونهم أو خلفيتهم الاثنية أو جنسهم أو عمرهم.

لا يقتصر الإصغاء الفعال على مجرد الاستماع إلى ما يقوله الزبون فحسب، بل يتضمن أيضاً التيقظ للتلميحات اللفظية وغير اللفظية، وللأخيرة أهمية كسابقتها. ويمكن للشخص تعلم أن يصبح أكثر حساسيةً للتلميحات غير اللفظية التي يطلق عليها عادةً اسم "لغة الجسم" للدلالة على أن للجسم شأناً مهماً في التواصل؛ إذ يمكن لجسم الشخص أن "يتكلم" بطرائق عديدة، مثل "التكلم" عبر تعابير الوجه أو الإيماءات النوعية أو حركة الجسم العامة أو "سلوك العين"، وهناك أهمية خاصة لملاحظة اختلاف تعابير جسم الزبون عن أقواله، كأن يقول: إنه مرتاح في حين يوحي توتر عضلات وجهه وتهدج صوته عكس ذلك، مما يوجب تنبه المشاور إلى ضرورة التساؤل عما يحدث، فهل يحاول الزبون كبت مشاعره؟ وهل هذا الوقت مناسب لمساعدته على تنفيس تلك المشاعر؟ ويجب حين تؤخذ لغة الجسم بالحسبان الانتباه لمضامينها الثقافية، فقد يفسر غض النظر على أنه دليل على الارتباك؛ مع أنه قد يكون مسألة تأدب واحترام؛ فيفترض بالأنثى في بعض أنحاء المجتمعات المحافظة ألا تنظر مباشرةً إلى الذكر حتى حين تخاطبه.

يتطلب الإصغاء الفعال التشاعر شرطاً مسبقاً ضرورياً لتأسيس علاقة حميمة؛ ولكن ذلك لا يعني انفعال المشاور بمشاعر مثل الغضب أو الأسف من أجل المريض، كما لا يعني أن يحاول المشاور إظهار الاهتمام عن طريق التصرف كأب أو صديق، فليس ذلك ما يحتاج إليه الزبون في حقيقة الأمر، وبالمقابل، فإن التشاعر يروج لمناخ من التفهم والثقة عندما يضع المشاور نفسه مكان الزبون، ويتقبل مؤقتاً طريقة تفكيره، ويطلع على واقعه، ويتفهم عالمه. يُمَكِّن ذلك المشاور من أن يفهم ويشعر "كما لو" كان هو الزبون، ولكن دون أن يفقد بصيرته بـ"كما لو" مطلقاً، ويمكنه عكس هذا النوع من التفهم بعبارات بسيطة تظهر أنه يعي ما يقوله الزبون، مثل "لا بدَّ أنك شعرت بالإهانة" أو "لقد مررت حقاً بأوقات صعبة"؛ مما يجعل الزبون يشعر بأن المشاور صادق وبأن ما يقوله ليس مجرد ارتجاع فارغ أو جملة مؤدبة أو تملق.

الاستجواب questioning هو إحدى طرائق التواصل ذات الوظيفة المهمة إما في بدء تبادل المعلومات وإما في نهايته، تبين عدة دراسات أن لدى طلاب الطب عجزاً شديداً في طرائق الاستجواب؛ وأن التدريب الطبي المعتاد لا يبدو نافعاً في التغلب على ذلك العجز. لذلك يجب على الطبيب الانتباه أن طرائق الاستجواب تختلف باختلاف سبب المقابلة أو التواصل؛ فتختلف الأسئلة الموجهة في مقابلة مخصصة لجمع المعلومات عن الأسئلة المطروحة في مقابلة تهدف إلى التوضيح أو الاستكشاف أو تشجيع التحدث. وهناك عدة أنواع من الأسئلة، مثل السؤال المفتوح (الذي يبدأ عادةً بـ ماذا أو أين أو كيف)، والمغلق (الذي يجاب عليه فقط بنعم أو لا، مثل: "هل تشعر بالندم على فعلتك؟")، والمباشر (لا بد أنك تكره أختك)، وغير المباشر (أرغب بسماع مشاعرك تجاه أختك)، والموجه (تأخذ الدواء مرتين باليوم، أليس كذلك؟)، والمتجاوب (أود أن أعرف المزيد عن أمك). وعلى المشاور إيجاد توازن بين جميع أنماط الأسئلة معتمداً على الاستجواب باستخدام "ماذا" و"كيف" و"أين"، مع تذكر أن الأسئلة المغلقة والموجهة والمباشرة لا تفيد في إغناء المعلومات، ويجب تجنبها ما أمكن. كما أن الأسئلة المفتوحة التي تبدأ بـ"لماذا؟" هي عادةً غير منتجة؛ لأنها موجهة إلى استكشاف الأسباب الكامنة التي قد لا يكون المريض واعياً لها، فسؤال مريض وسواسي "لماذا يصر على تفقد ما إذا كانت الأبواب موصدة"؛ أو مريض رهابي "لماذا يخاف من شيء غير مؤذٍ"، يجاب عليه عادةً بعبارة "لا أعرف".

لا توجد وصفة جاهزة لاستجواب مثالي؛ لأن طبيعة الاستجواب وطريقته تتعلق بأهداف المقابلة وبدرجة مهارة المشاور؛ فقد يصعب تجنب الأسئلة المغلقة إذا كان الهدف جمع المعلومات، وقد يصعب توجيه أسئلة مباشرة في مطلع المقابلة، ولكن قد يكون استخدام الأسئلة المغلقة والمباشرة أكثر فائدةً بالنسبة إلى زبون قلق ومرتبك؛ لأنه قد يعاني من مشكلات في التعبير عن نفسه، والقاعدة الذهبية هي تجنب توجيه أسئلة تتضمن عدة أفكار.

التداخلات:

يقصد بالتداخلات مهارات التواصل الأكثر نوعيةً من

الملاحظة والإصغاء، مثل التوضيح clarification، والعكس reflection، والمجابهة confrontation، والتلخيص summarization، والتأويل interpretation، والطمأنة reassurance، وتوظيف الصمت على نحو ملائم.

● **يستخدم التوضيح** عند الحاجة للتأكد من إحدى نواحي المواد التي قدمها الزبون، ولا يستخدم فقط لخدمة المشاور، بل أيضاً لمساعدة الزبون على توضيح أهمية بعض أقواله، فحتى لو فهم المشاور ما قاله الزبون على نحو تام؛ قد يستفيد الزبون من مطالبة المشاور له ببعض التوضيح مستخدماً عبارات مثل: "آسف لم أفهم ما قلت، هل يمكنك قوله مرة ثانية؟"، "هل يمكنك إعطائي مثالاً عما قلته الآن؟"، "هل يمكنك إخباري أكثر عن شعورك عندما صرخ زوجك بوجهك؟".

● **يقصد بالمجابهة** مواجهة الزبون مباشرةً ببعض معتقداته أو مظاهر سلوكه المكررة والتي ليس سهلاً التخلص منها أو تغييرها، ولا يجب استخدام هذا التداخل لمواجهة زبون لديه هلوسة بأن هلوسته غير موجودة في الواقع أو بأنها غلط، بل تفيد المجابهة في إلقاء الضوء على أمور متكررة قد لا يكون الزبون واعياً لها، أو يحاول الزبون تجنبها أو إنكارها؛ لمساعدته على تحسين فهم مشاعره وأفكاره وسلوكه. ولكن الارتكاس للمجابهة قد يكون عكس المتوقع، فقد لا يكون الزبون جاهزاً لتقبل ما قيل، وقد يصبح غاضباً أو يشعر بالإهانة أو بأنه قد أسيء فهمه. لذلك يجدر التنبيه على أن التعامل مع هذا النمط من التداخل صعب، ولا يجلب دائماً النتيجة المرجوة، ولا يجب استخدامه إلا من قبل مشاور خبير، ومن الأمثلة على المجابهة: "لدي بعض الأخبار السيئة، أظهرت نتيجة تحليل الدم أنك مصاب بالإيدز"، "أخبرتني أنك بحاجة ماسة إلى رؤية طبيبك الجراح، ثم لم تحضر بحسب الموعد"، "تفكر بأن تأخذ ذلك العمل، ولكن هل أنت فعلاً قادر على تحمل مسؤولياته؟".

● **التلخيص** هو تجميع الأفكار والمشاعر التي عبر عنها الزبون في أثناء الجلسة في جملة موجزة، ويمكن القيام بذلك في مطلع الجلسة أو في أثنائها أو في نهايتها كنوع من مراجعة النقاط الرئيسة في مشاعر الزبون وأفكاره أو تكثيفها، وبذلك يسهل هذا التداخل التوضيح والتمييز والتفهم، ومن الأمثلة عليه قول المشاور: "كيف تشعر بخصوص ما أخبرتني به اليوم؟"، "هل تخبرني ماذا استفدت من جلسة اليوم؟"، "إذا لم تخني ذاكرتي فقد كنا نناقش علاقتك بإخوتك في جلستنا السابقة، أليس كذلك؟".

● **العكس** هو إرجاع ما عبر عنه الزبون إليه، ويجب أن يتم بكل ما أمكن من الدقة واللطف، فهو ليس مجرد طريقة لتركيز انتباه الزبون على أمور مهمة مثل المشاعر والخبرات فحسب، بل أيضاً طريقة لإظهار القبول والتشاعر؛ مما يزيد من حرية الزبون، ويشجع استقصاءً إضافياً للمشاعر. مقارنةً بالتلخيص، يركز العكس على عبارات الزبون وملاحظاته الآنية، مثلاً: إذا قالت زبونة: "أريد فعلاً أن أجعل زوجي يشعر بالتحسن، ولكنه يتصرف وكأنه يكرهني؟"؛ قد يقول المشاور: "يتصرف وكأنه يكرهك؟".

● **تمثل الطمأنة** نوعاً من الارتجاع الإيجابي الذي يمنح الزبون الأمل والدعم والتشجيع، فهي تركز دائماً على العناصر أو الخصائل الإيجابية المتفائلة في حياة المريض أو على كليهما معاً، وتستخدم في الظروف التي يعبر فيها الزبون عن الخوف أو اللوم أو الذنب أو غيرها من المشاعر المزعجة، فبالتركيز على النواحي الإيجابية التي قد لا يكون الزبون قد أخذها بالحسبان بسبب غرقه بالمشاعر التشاؤمية؛ قد تفيد الطمأنة في تخفيف الضيق، مثلاً: يقول الزبون: "لقد كانت هذه هي القشة التي قصمت ظهر البعير. لم يعد يمكنني التحمل أكثر"، فيقول المشاور: "أفهم أنك تمر بأوقات صعبة، ولكنك متأقلم معها على نحو جيد. فأنت تعتني بأمك، وقد حصلت على ترقية في وظيفتك مؤخراً"، ومن الضروري توخي الحذر الشديد هنا لإبقاء هذا التداخل ضمن إطار واقعي.

● **الاستخدام المناسب للصمت** يعني أن صمت الزبون ليس دائماً سلبي التأثير في سير المشاورة. يرتعب كثير من المبتدئين في المهن النفسية من الصمت، فيعدونه علامة على أنهم ليسوا جيدين بما يكفي، وقد يلومون أنفسهم على ذلك المأزق غير المريح، كما يخشى كثير من الزبائن الصمت لاعتقادهم أن توقف المحادثة هو ظرف خارج عن نطاق سيطرتهم، ولكن حتى لو زاد الصمت من شعور الزبون بالتوتر والقلق وعدم الأمان، وحتى لو شعر المشاور بأنه مخفق؛ فإنه يبقى ممكناً استخدام الصمت كتداخل لفتح نقاش حول المشاعر والأفكار والتوقعات؛ فمن الخيارات التي قد يلجأ إليها المشاور لتشجيع استقصاء سبب الصمت قوله: "أتعجب ماذا يحدث الآن؟"، "أشعر بأن شيئاً ما يحدث، هل ترغب بمشاركته معي؟"، كما قد يكون الصمت علامة على أن موضوع النقاش قد استنفد أو أن نهاية الجلسة قد اقتربت، وعندها قد يكون من المناسب القول: "ربما قد قلنا كل ما لدينا اليوم"، أو "هل ترغب بإضافة أي شيء؟"، ويجدر بالذكر أيضاً أن الزبون قد

يحتاج إلى استراحة بعد نقاش مشحون انفعالياً ويعد التعبير عن الانفعالات أو توضيحها أو تلخيصها، ولكن - حتى حينها - يجب على المشاور إظهار أنه موجود مع الزبون ومن أجله ولمساعدته على الشعور بأنه مقبول ومفهوم، ويمكنه التعبير عن دعمه للزبون بجمل مثل: "لابأس بأن تبقى صامتاً. أنا معك. يمكنك المتابعة عندما تصبح جاهزاً". وبما أن الصمت قد يعدّ مشكلة للمشاور؛ فإنه من الحكمة أن يستكشف المشاور مشاعره الشخصية حول الصمت قبل أن يفكر بمساعدة الآخرين.

تطبق المشورة النفسية في حالات عديدة ومتنوعة، وفيما يلي تعريف بمشورة الأزمة مع تنويه بأزمة قد يتعرض لها أي طبيب أو معالج عند انتحار أحد مرضاه، ويلي ذلك تعريف بالحداد وبمضاعفاته وبمشورة الحداد.

مشورة الأزمة crisis counseling:

الحياة هي عملية تكيف مستمرة مع الأحداث والظروف، وقد يواجه الإنسان أحداثاً وظروفاً يعجز عن التعامل معها، فتشكل أزمة تتطلب تعلم طرائق جديدة ونافعة للقوب معها، والأزمة هي حالة خطرة جداً تتطلب اهتماماً آنياً وفعلاً عاجلاً، وتضع الأزمة الفرد المار بها بحالة صدمة وضيق يرافقها عادةً القلق والاكتئاب، وقد تُصحب بالأفكار الانتحارية. وتنجم الأزمة عن عوامل وحوادث عديدة مثل الوفاة أو الطلاق أو الاعتداء الجنسي أو تفكك العائلة أو فقد العمل أو المرض أو الهجرة إلى بلد آخر...إلخ. تهدف مشورة الأزمة إلى مساعدة المعرضين لمثل هذه العوامل والحوادث باستخدام مبادئ أساسية، هي البقاء في الحاضر "هنا والآن"، واستكشاف المشاعر الراهنة وتسهيل التعبير عنها، واستيضاح ماذا يريد الزبون، وفحص المستويات الأربعة لليأس (وهي مستوى اليأس غير المُدرك من قبل المصاب به، ومستوى اليأس الذي يعيه صاحبه، ومستوى رؤية النفس من منظور الضعف الذاتي وانعدام القيمة، ومستوى السعي إلى تخفيف اليأس دون جدوى؛ فتتصلب النفس ضد أي مساعدة)، والبحث عن علامات الاضطراب وعن نقاط القوة، واستطلاع أسوأ توقعات الزبون، وانتقاء منطقة للعمل عليها، والاتفاق على ما سيتم عمله من أجل حل الأزمة، واستطلاع أنظمة الدعم الاجتماعي المتوافرة للزبون.

يكون الزبون المأزوم عادةً مشلولاً بمشاعر مكثفة وغير قادر على اتخاذ القرارات؛ مما يتطلب تفكيراً عميقاً بمن يجب إخباره، وكيف ولماذا، وبمن سيعتني بالزبون وبأطفاله وبمنزله، وبمقدرة الزبون على التعامل مع المسائل المالية وغيرها، وبالتغييرات التي يجب حدوثها للمحافظة على سلامة الزبون، ويجب مناقشة كل البدائل الممكنة مع الزبون والأسباب الدافعة لقبول كل منها أو رفضه.

توجه المرحلة البدئية في مشاورة الأزمة باتجاه "تنفيس" الانفعالات؛ مما يسبب بعض الراحة، ويكون دور المشاور في هذه المرحلة دعم الزبون وتقبل ما يصدر عنه. ويفسح تنفيس المشاعر القوية المجال أمام قنوات أخرى للتواصل، فيصبح الزبون قادراً على إخبار المزيد عن أزمته، وعندها تصبح مهارات التواصل مهمة، فيستخدم المشاور التداخلات النوعية مثل التوضيح والطمأنة والعكس بهدف تسهيل فهم الزبون لأزمته ومساعدته على رؤية طرائق بديلة للقوب، ويساهم ذلك مساهمةً مهمة في اكتساب الزبون السيطرة على حياته وفي زيادة ثقته بنفسه.

تعمل مشورة الأزمة يداً بيد مع حل المشكلات، ففي حين تهتم مشورة الأزمة بـ"هنا والآن"؛ يركز حل المشكلات على التدبير الحاضر والمستقبلي للمشكلة، حيث يقود المشاور الزبون عبر عدة مراحل يستكشف في أثنائها حلولاً متنوعة اعتماداً على احتياجاته ومعتقداته ومواقفه والعواقب الممكنة لكل خطة عمل متوقعة، ويساعد المرور عبر مراحل حل المشكلة الزبون على الشعور بأنه قد انتقى الخيار الصحيح، واتخذ القرار المناسب، كما أن التجربة بكاملها مفيدة من ناحية نمو كل من الزبون والمشاور وتطورهما.

الخطوات الرئيسة في حل المشكلات هي تحديد المشكلة وتعريفها، ثم اقتراح خطط (استراتيجيات) قوب بديلة (حلول وخطط عمل)، ثم استطلاع كل حل بديل نسبةً إلى الاحتياجات النوعية والقيم والمعتقدات والمخاطر المحتملة والفوائد والعوائق الممكنة، ثم اختيار أحد الحلول لاعتماده وتنفيذه، ثم تحديد الخطوات السلوكية التي يجب القيام بها لتنفيذ الحل المعتمد، ثم تنفيذ خطوات الحل المعتمد خطوة خطوة، وأخيراً تقييم الحاصل للتأكد من أن الاختيار كان موفقاً.

انتحار المريض:

يُعدّ انتحار المرضى أحد أهم الأزمات التي قد يتعرض لها العاملون في الرعاية الصحية، والأطباء ليسو محصنين ضد الحداد المرضي والاكتئاب التالي للحداد عند مرورهم بمثل هذه الأزمات؛ مما يوجب عليهم التنبه لدرجة تأثرهم بالفقد، ليس من أجل سلامتهم وتوازنهم النفسي فحسب؛ بل أيضاً من أجل استمرار مقدرتهم على العناية بمرضاهم. تُعدّ الاضطرابات النفسية أهم أسباب الانتحار؛ إذ توجد عند

أكثر من ٩٠٪ من مجمل المنتحرين، لذلك فإن انتحار المريض هو من أهم الأخطار المهنية بالنسبة إلى الأطباء النفسيين؛ ولاسيما الذين يعالجون اضطرابات نفسية شديدة ومزمنة؛ فقد أظهرت الدراسات أن أكثر من نصف الأطباء النفسيين قد فقدوا على الأقل مريضاً واحداً، وأن العديدين منهم قد فقدوا أكثر من مريض واحد نتيجة الانتحار. ويبدي الأطباء في حالات الفقد هذه - مثلهم في ذلك مثل باقي البشر - ردود فعل شخصية متنوعة: فيشكو بعضهم النزق وانخفاض المزاج واضطراب النوم، وتحدث عند عديدين مظاهر حداد مرضي مثل الشعور بالذنب أو بالمسؤولية عن الوفاة، ورغبة بتكرار شرح ما حدث أو بمناقشة موضوع الموت، ومشاعر قوية من الرفض، وغضب على المتوفى، وخزي حول طريقة الموت. وقد تتفاقم هذه التظاهرات نتيجة الخوف من المقاضاة أو من العقوبات المسلكية، إضافةً إلى ضرورة مقابلة أفراد عائلة المتوفى انتحاراً لمساعدتهم على تجاوز الأزمة: فعلى الطبيب على نحو عام أن يقابل أفراد العائلة بعد الانتحار؛ إلا إذا وجدت أسباب تمنع ذلك، وأن يقدم لهم الدعم النفسي وأن يشرح لهم مفهوم الانتحار لمساعدتهم على تخفيف مشاعر الارتباك والشعور بالذنب والغضب، وربما شاركهم طقوس الجنازة والدفن؛ إذا رغب شخصياً بذلك.

أما الطبيب المتأثر نفسه؛ فقد يلقى الدعم من عائلته وأصدقائه وزملائه، ويجد بعضهم الراحة بالصلاة وبالتصدق على الفقراء، وينصح دائماً التفكير باستشارة زميل من الأطباء النفسيين الموثوقين وذوي الخبرة بغية تنفيس الانفعالات والحصول على دعم معنوي وتطوير ردود فعل إيجابية، وربما احتاج الأمر إلى تداخل مشورة الأزمة أو مشورة الحداد.

مشورة الحداد:

الحسرة أو الأسى grief هي الاستجابة الانفعالية والمعرفية والسلوكية لموت قريب أو صديق، أو لخسارة مادية أو معنوية بما في ذلك خسارة وظيفة جسدية أو أحد أعضاء الجسم (مثل بتر ذراع)، والحداد mourning هو الطقوس أو المراسم الخاصة المتبعة للتعبير عن الفقدان أو الخسارة. وتفاعل الأسى أو الحداد هو حالة إسعافية قد تواجه أي طبيب. فقد تحدث عند مريض شُلَّ أو بُتِرَ أحد أطرافه، كما قد تشاهد عند أقرباء مريض تُوفّي في أي قسم من أقسام المستشفى وأصدقائه وعند الناجين من الكوارث والحوادث. للطبيب دور مهم في تسهيل تفاعل الأسى الطبيعي في كل هذه الحالات، وقد يؤدي إهمال هذا الدور إلى معاناة غير ضرورية وإلى احتمال إطالة تفاعل الحداد.

يتعافى معظم الناس تماماً من تفاعل الحداد؛ ولكنه يصبح مَرَضِياً في قلّة منهم، فيسبب مضاعفات نفسية وجسدية مهمة كالشكاوى الجسدية المتعددة. ويمر تفاعل الحداد الطبيعي بثلاثة أطوار هي:

١- طور الصدمة والخدر الشعوري وعدم تصديق الخبر، ويستمر من دقائق إلى ساعات أو أيام، ويُسيطر فيه إنكار denial حدوث الفقد كآلية دفاع نفسي. وقد تشاهد بعض الأعراض الجسدية مثل جفاف الفم وخفقان القلب والأرق.

٢- الطور الثاني هو طور الحزن، ويتظاهر بمشاعر متناقضة مختلطة مثل الغضب والحزن والبكاء والشعور بالوحدة وقلة النوم وقلة الطعام وضعف التركيز ورؤية الفقيد بالأحلام، وأحياناً حالة من الهلوسة الكاذبة يرى فيها الشخص فقيده أو يسمع صوته؛ لكن مع إدراك الشخص أن هذه الصورة أو الأصوات غير حقيقية، ولا تنفي موت المتوفى. وقد يشعر المحزون بأن الحياة لا تستحق العيش؛ مما يجعل صعباً تمييز هذا الطور من الاكتئاب. يستمر الطور الثاني من عدة أسابيع إلى ستة أشهر دون أن يؤثر عادةً في الواجبات والمهام الشخصية، ويتم خلاله تقبل حقيقة الفقد.

٣- الطور الثالث هو طور اختتام الحداد، ويستمر حتى السنة، وهو طور تأقلم ينتهي بالتعافي وبتقبل أمر الله وقضائه، ومن ثم تتم إعادة تنظيم الحياة للتمكن من الاستمرار من دون الفقيد ومن العودة للنشاطات المعتادة على نحو تدريجي. ويبقى المحزون معرضاً لتفاعل الذكرى السنوية anniversary reaction الذي يتظاهر بمعاودة أعراض شبيهة بأعراض تفاعل الحداد حول الذكرى السنوية للفقد؛ ولاسيما إذا كان الفقيد طفلاً.

يبدي البشر تفاوتاً كبيراً في شدة الحداد الطبيعي ومدته بناءً على معتقداتهم الدينية والثقافية، وعلى ما تفرضه عليهم العادات والتقاليد، وعلى كيفية العودة للحياة المعتادة وتوقيتها، وعلى شخصية المحزون وعمره وصحته وثقافته ودرجة إيمانه، وما لديه من موارد وما يتلقاه من دعم اجتماعي، وما سبق له أن مر به من فقد مادي ومعنوي، وطبيعة علاقته بالمتوفى، ونمط الوفاة؛ فالوفاة المتوقعة لأسباب طبيعية تختلف عن الموت غير المتوقع لأسباب مفاجئة مثل الانتحار أو الحوادث أو القتل.

قد تكون فاجعة الوفاة من أكثر تجارب الحياة مرارة وألماً، فقد ترافق الشوق للفقيدبمشاعر متناقضة تشمل الشعور بالصدمة والحزن والأسف، والإحساس بالضياع والتعاسة

والوحدة وفقدان الحماية والغضب؛ لأن المتوفى "تخلى" عن المحزون، والشعور بالذنب نتيجة الإحساس بالتقصير أو نتيجة تذكر مواقف سيئة تجاه الفقيد؛ وقد يرافق ذلك تبدد الشخصية وذكريات وتخيلات تقتحم الوعي، وأعراض عصبية ودية، وصعوبة التركيز، وضعف الاهتمام بنشاطات الحياة اليومية. وقد يحلم المحزون بفقيده، أو يشعر بحضوره، ويفتش عنه، كما قد تحدث أهلاسات بصرية وسمعية للفقيد.

تكون مشاعر الحداد مستمرةً في البداية، ثم تأخذ شكلاً نوبياً تحرضه منبهات ذات علاقة بالفقيد، ثم تختلط تلك المشاعر بمشاعر إيجابية مثل الهدوء والسكينة وتقبل القضاء والقدر؛ مما يسهل الانتقال من مرحلة الحزن الحاد إلى مرحلة الحداد المكتمل خلال الأشهر القليلة التي تلي الوفاة؛ فيستوعب المفجوع معنى الموت وحقيقته، ويعود إلى النشاطات والعلاقات السارة وإيجاد طرائق جديدة تساعده على إكمال مسيرة حياته؛ دون انشغالات فكرية ملحة ودون إعاقة؛ ولكن أيضاً دون نسيان الفقيد؛ فقد يحافظ المحزون على تواصله مع الفقيد عن طريق الاحتفاظ بما يذكره به من كتابات أو ملابس أو غيرها من الممتلكات الخاصة، وأيضاً عن طريق الصلاة والدعاء وزيارة القبر.

تتوج رحلة الحداد الشاقة هذه بتأقلم جيد في معظم الحالات، ولا تتوافر أي براهين على أن الحداد الطبيعي يحتاج إلى شكل معيّن من المعالجة أو إلى تدخل مختص؛ إذ يكفي الدعم المقدم من قبل العائلة والأصدقاء وأحياناً رجال الدين، أما في البلاد الصناعية التي أصبح مثل هذا الدعم قليل التوافر فيها؛ فيتم التعويض من قبل جماعات أهلية تضم أناساً تعرضوا لحالات وفاة متشابهة مثل وفاة طفل أو الوفاة انتحاراً.

وتعتمد المساعدة المقدمة لتسهيل الحداد الطبيعي على المبادئ التالية:

١- مساعدة الشخص على تقبل حقيقة الفقد عن طريق تشجيعه على التعبير عن المشاعر التي تساوره مثل الغضب والذنب والحزن، بالسؤال مثلاً: "ما الذي تفتقده بخسارة المتوفى؟".

٢- تقييم شبكة الدعم الاجتماعي للشخص، وتوظيف الأهل والأصدقاء في تسهيل تفاعل الحداد عن طريق تشجيعهم على التحدث مع المحزون عن المتوفى.

٣- تسهيل العيش من دون المتوفى عن طريق المساعدة بحل المشكلات الاجتماعية والمالية المترتبة على الوفاة. مع نصح المحزون عدم اتخاذ قرارات مصيرية متسرعة.

٤- لا فائدة عادةً من التطمينات البسيطة مثل "من خلّف ما مات" و"الحياة يجب أن تستمر"، بل يحتاج تفاعل الحداد إلى بعض الوقت. ويمكن تسهيل الانسحاب العاطفي من المتوفى عن طريق تشجيع تشكيل علاقات جديدة.

٥- يخشى بعض المحزونين من الجنون؛ لأنهم سمعوا صوت المتوفى مثلاً؛ مما يوجب طمأنتهم بأن مثل تلك التجارب طبيعية.

٦- يمكن تشجيع معظم المحزونين على العودة إلى نشاطاتهم المعتادة مثل العمل خلال ٣-٦ أسابيع من الفقد.

الحداد المرضي:

يصعب على الأطباء على نحو عام تمييز الحداد الطبيعي من الحداد المرضي والاكتئاب التالي للحداد؛ مما قد يحرم المريض من العلاج بناءً على افتراضات خاطئة مفادها أن المحزون يجب أن يتحسن بقوة إيمانه أو إرادته أو شخصيته أو بفعل دعم أهله وأصدقائه. ومن المؤسف أن الحداد لا يدرس في معظم كليات الطب ولا في برامج تدريب الأطباء للاختصاص؛ مما يدفع إلى الاستعانة بالموروث الشعبي وبمفاهيم قد تكون مؤذية بدلاً من الاعتماد على الحكمة المسندة بالبراهين التجريبية حين التعامل مع هذه المشكلة الإنسانية العامة التي قد تعترض ممارسة أي طبيب. فقد يكون الحداد الطبيعي مؤلماً ومنهكاً؛ ولكنه عادة محتمل ومحدد لذاته ولا يتطلب علاجاً، أما الحداد المرضي والاكتئاب التالي للحداد؛ فقد يزمن مسبباً حالة خطرة من العجز ومؤثراً تأثيراً كبيراً جداً في إيقاع الحياة ونوعيتها، بل قد يهدد الحياة نفسها؛ إن لم يعالج.

الحداد المرضي هو حالة حداد لا تكتمل، وتستمر وقتاً طويلاً مسببةً إعاقةً صحية ومهنية واجتماعية كبيرة تستوجب تشخيصاً وتداخلاً طبياً. ويحدث الحداد المرضي في ١٠٪ من حالات الحداد؛ إذ يخفق المحزون في تقبل أمر الوفاة وفي تجاوز مرحلة الحزن الحاد التي قد تستمر لفترة غير محددة، وتصحب بهجمات متكررة من انفعالات مؤلمة، مع استمرار إنكار حدوث الوفاة وشعور بالغضب والمرارة، ومع تطفل أفكار تتعلق بموضوع الموت وتجنب علني لكل ما يذكر بالفقيد. يجد المحزون نفسه سجين حلقة متكررة تصبح محور حياته، وتتمحور حول مشاعر حنين شديد واشتياق للمتوفى وانشغال ذهني به، حيث يعتقد أن حياته قد انتهت وأن حزنه سوف لن ينتهي؛ بل قد لا يرغب بأن تنتهي فترة الحداد؛ لأنها كل ما تبقى له من الفقيد، وقد يشعر بأن التمتع بالحياة هو خيانة للفقيد، فيقوم بتصرفات مبالغ

فيها مثل الانشغال بأحلام يقظة وإعادة ترتيب حاجات الفقيد وقضاء أوقات طويلة قرب قبره، والشعور بالنفور من الناس؛ ولاسيما الذين كانوا مقربين من الفقيد. يُصحب الحداد المرضي باضطرابات النوم المزمنة، وباضطراب نظام الحياة اليومية، وبزيادة خطر الإصابة بالسرطان وبأمراض القلب وبفرط الضغط الشرياني وبتعاطي العقاقير وبالأفكار والمحاولات الانتحارية.

تدمج مشاورة الحداد تقنيات المعالجة السلوكية المعرفية بتقنيات المعالجة النفسية التقليدية، وتتضمن تركيزاً وإعادة مرور متكررة على فترة الوفاة؛ وتشجيعاً على إعادة الاندماج التدريجية بالنشاطات والمواقف التي يتجنبها الشخص؛ وعلى مناقشة الأهداف الشخصية. وتأخذ مشاورة الحداد شكلاً مماثلاً لشكل مشاورة الأزمة يتألف من مرحلة الأزمة (الصدمة، الإنكار، القلق، الغضب، الحزن، الشعور بالضياع)، ومرحلة الإحكام (تطوير خطط (استراتيجيات) القوب)، ومرحلة التقبل (تعلم الزبون تقبل الفقد، وتوليد إحساس جديد بالذات، وتطوير مهارات قوب متأقلمة)، وتقدم البراهين العلاجية المتوافرة سنداً لفعالية "مشورة الحداد" في معالجة الحداد المرضي، أما الأدوية المؤثرة في المزاج والمعالجات النفسية المدرسية (الكلاسيكية)؛ فتأثيرها ضعيف في الحداد المرضي، وحتى حين تفيد الأدوية على نحو جزئي؛ يفضل دعمها بمشورة الحداد؛ إذ تبين البراهين العلاجية المتوافرة أن أفضل التداخلات الممكنة في الحداد المرضي هو مشاركة الأدوية المضادة للاكتئاب مع مشورة الحداد.

الاكتئاب التالي للحداد:

يتبين من دراسات متابعة طويلة الأمد لأرامل ولأطفال فقدوا آباءهم ولآباء فقدوا أطفالاً تزايد حدوث الأعراض الاكتئابية لعدة سنوات بعد الوفاة؛ وأهم تلك الأعراض: انخفاض المزاج والبكاء المتكرر وفقد الشهية للطعام ونقص وزن الجسم واضطراب النوم، إضافةً إلى التعب وفقد الاهتمام بالمحيط والتململ والضجر والنزق والشعور بالذنب، وعلى نحو أقل التفكير بالانتحار والهلوسة (مثل الإحساس بلمسة المتوفى أو سماع صوته أو رؤيته أو شم رائحته) والتعرف الخاطئ إلى غرباء على أنهم الشخص المتوفى. يتحسن معظم هذه الأعراض خلال سنة؛ ولكن يستمر البكاء وانخفاض المزاج والشعور بالوحدة وبالضجر والتململ واضطراب النوم، وتستمر هذه الأعراض سواء أكان المريض رجلاً أم امرأة؛ متديناً أم لا، أو كان الموت مفاجئاً أم متوقعاً، أو كان الترمل بعد زواج ناجح أم مخفق. وبتطبيق المعايير التشخيصية للاكتئاب الجسيم تبين أن ربع المحزونين يعانون الاكتئاب الجسيم مدة شهرين، ويستمر الاكتئاب مدة سنتين عند ١٥٪ من المحزونين، ويصبح مزمناً عند ٧٪ منهم، ويزداد احتمال الإصابة بالاكتئاب الجسيم التالي للوفاة عند وجود سوابق اكتئابية. تستوجب هذه الحالات علاجاً مماثلاً لبقية حالات الاكتئاب الجسيم أو الشديد.

سادساً- إعادة التأهيل النفسي:

الاضطراب النفسي والإعاقة:

يرافق الاضطرابات النفسية - ولاسيما الشديدة - منها اضطراب مجمل حياة الشخص، ويمتد تأثيرها ليخلخل استقرار عائلة الشخص ومحيطه الاجتماعي؛ فللشخص عندما يكون متمتعاً بصحة نفسية جيدة مقدرة على تمييز نقاط قوته ونقاط ضعفه؛ وعلى التمتع بالحياة وبالحوادث اليومية؛ وعلى ممارسة طيف من النشاطات القيّمة التي يسعى من خلالها إلى التطور مثل تكوين علاقات مفيدة مع آخرين من الجنسين داخل نطاق أسرته وخارجها، والعمل مع آخرين في مراكز سلطة متعددة، وتقبل النقد البناء، ومدح الآخرين وإطرائهم، والاستجابة لظروف وحوادث متنوعة حتى لو لم تكن متوقعة بمرونة ومن دون أن يفقد السيطرة. وتتعزز الصحة النفسية باتّباع نمط حياة متوازن موزع بين العمل والنشاطات اليومية ونشاطات الترفيه والراحة؛ بغية تحقيق مستوى أداء مثالي. أما عند الإصابة باضطراب نفسي؛ فقد تبدو على الشخص اللامبالاة وانعدام الحافز ونقص الانتباه والتركيز وتدهور الأداء الاجتماعي والتعليمي والمهني، وقد تكون هذه الظواهر أعراضاً وعلامات للاضطراب النفسي ذاته؛ أو عواقب ثانوية تالية لإزمان علاج الاضطراب النفسي وإهماله أو لمعتقدات وسوء فهم ثقافي يحرم المريض من الدعم الاجتماعي، ويفاقم مشكلاته.

تستخدم عادةً ثلاثة مصطلحات لوصف مختلف الإعاقات المرضية: فالضعف أو الاعتلال impairment هو خلل وظيفي على مستوى أحد أجهزة الجسم أو أعضائه، والعجز disability هو الضرر الواقع على أداء الشخص في مهام الحياة اليومية مثل عدم المقدرة على عيش حياة مُرضية أو على القيام بعمل نوعي، ويستخدم مصطلح إعاقة handicap في الطب النفسي عادةً لتعريف الناس المصابين بمحدودية معرفية. وينجم العجز في الاضطرابات النفسية عن تضافر عاملين؛ أولهما الاعتلالات الطبية النفسية psychiatric impairments، كالخلل الوظيفي الذي يؤدي إلى إصابة المريض بأعراض إيجابية (مثل الهلوسة والضُلال في الفصام) تعوق أداءه

الطبيعي؛ أو بأعراض سلبية (مثل الخمول وانعدام الدافع في الفصام) تؤثر تأثيراً جدياً في مقدرته على العمل؛ أو بنساوة (في الخرف مثلاً) تجعله غير قادر على تأدية نشاطات العيش اليومي. أما العامل الثاني فهو التأذي الاجتماعي الناجم عن صعوبة قوب العائلة مع المريض وعن نبذ المريض وتمييز المجتمع ضده على نحو يحرمه من فرص العمل، ويزيد من فقره.

أهمية إعادة التأهيل:

عرف John Wing إعادة التأهيل الطبية النفسية على أنها عملية تقلل من الاعتلال الطبي النفسي ومن التأذي الاجتماعي المرافق له؛ عن طريق مساعدة المريض على استخدام مواهبه وعلى الشعور بالنجاح في أدواره الاجتماعية على نحو يزيد من ثقته بنفسه ومن احترامه لذاته؛ مما يعني أن الاضطراب النفسي يرافقه سوء أداء في مجالات نفسية أو اجتماعية أو كليهما معاً، وأن سوء الأداء هذا هو حالة عكوسة يمكن تحسينها عن طريق إعادة تأهيل المريض لتمكينه من تحقيق أعلى مستوى أداء ممكن؛ مما يمنح المريض شعوراً بقيمته الذاتية، ويفيد في دمجه بوصفه فرداً مقبولاً في عائلته وعضواً منتجاً في مجتمعه، وينطبق ذلك على نحو خاص على المعوقين باضطرابات نفسية خطيرة مثل الفصام واضطراب المزاج ثنائي القطب والاضطرابات النفسية العضوية والإعاقة العقلية. فتكرر دخول المستشفيات في الفصام مثلاً هو نتيجة طبيعة المرض نفسه؛ ونتيجة أن المرض يسبب أنماطاً من العجز تجعل من الصعب على المريض القوب مع كروب الحياة اليومية، وقد تخفف إعادة التأهيل معدل تكرار دخول المستشفى عن طريق مساعدة المريض على التعايش مع البيئة خارج المستشفى.

تبدأ جهود إعادة التأهيل منذ لحظة قبول المريض في المستشفى، وتستمر بعد مغادرته وعودته إلى عائلته، لذلك فإن وضع برنامج إعادة التأهيل يتطلب تقييماً اجتماعياً للمريض؛ وتقييماً مهنياً لإمكانياته ولاحتياجاته:

١- التقييم الاجتماعي:

تتطلب إعادة التأهيل تقييماً شاملاً للمريض ولعائلته ولبيئته الاجتماعية ولظروف عمله، ويقوم بهذا التقييم اختصاصي اجتماعي لا تقتصر مهمته على تحديد عوامل اجتماعية قد يكون لها شأن مهم في حدوث المرض واستمراره، بل تمتد مهمته لتشمل أيضاً تحليلاً أكثر تعقيداً للدينامية النفسية لبنية مجتمع المريض - وخصوصاً عائلته - حيث يتضمن عمل الاختصاصي الاجتماعي نشاطات متنوعة مثل:

أ- جمع معلومات عن المريض وعن بيئته وأدواره الاجتماعية وعن أدائه وتفاعله مع الآخرين.

ب- تحديد احتياجات المريض المادية مثل المسكن والطعام والملبس وغيرها.

ج- تحديد مشكلات المريض العائلية والمهنية والمجتمعية.

د- تحديد مشكلات المريض في التواصل الاجتماعي.

هـ- التداخل العلاجي في العلاقات الاجتماعية المرضية، كالإسهام في تدبير العزلة الاجتماعية؛ وفي تفادي جعل المريض ضحية للخلافات العائلية؛ وكذلك في توجيه أزواج المدمنين.

و- الدراسة الاجتماعية للحالة: وهي تقنية علاجية يدرب من خلالها الاختصاصي الاجتماعي مريضه على كيفية التعامل مع مشكلاته وربطها مع واقعه الاجتماعي.

ز- تقديم استشارات مباشرة حول مشكلات اجتماعية محددة، مثل المشكلات المالية والعائلية.

ح- المساهمة في متابعة المرضى وفي الوقاية من نكس الاضطرابات النفسية.

٢- التقييم المهني:

تتطلب مساعدة المريض على تقديم أفضل ما يمكنه من أداء أن يتم أولاً تقييم نقاط ضعفه ونقاط قوته، ويوفر هذا التقييم خط بدء لأداء المريض تشتق منه أهداف إعادة التأهيل، كما يشكل قياساً موضوعياً للحكم لاحقاً على مدى تحقيق تلك الأهداف. ويتطلب وضع خطة إعادة تأهيل شاملة تقييم كل مما يلي:

أ- **المهارات المعرفية:** مثل مقدرة الشخص على حل مشكلات الحياة اليومية.

ب- **المهارات الحركية:** مثل صعوبات الحركة التي تعوق النشاطات اليومية.

ج- **مهارات التواصل:** مثل المقدرة على التعبير عن الاحتياجات وعن الغضب وعن بقية العواطف.

د- **نشاطات العيش اليومي:** مثل المقدرة على تنظيم مهام النظافة الشخصية اليومية وإتمامها.

هـ- **الراحة:** كيفية قضاء أوقات الفراغ.

و- **المهارات والعلاقات الاجتماعية:** كيفية التفاعل مع الآخرين مثل أفراد العائلة والأصدقاء وزملاء العمل.

ز- **المهارات المهنية:** مثل المهارات اللازمة لتوظيف ناجح.

ح- **الغايات والحوافز ودوافع الشخص الذاتية.**

وتُقرّر بناءً على هذا التقييم مجموعة متكاملة من

الأهداف لبرنامج إعادة التأهيل ترتب على المحاور الثلاثة التالية:

أ- **تطوير المهارات والأداء:** عن طريق التعليم والممارسة وتعزيز المهارات مثلاً.

ب- **تحسين احترام الذات والتعبير عن النفس:** عن طريق تدريب المهارات الاجتماعية مثلاً.

ج- **تعديل البيئة:** باستخدام التداخلات العائلية مثلاً.

فريق إعادة التأهيل:

يتضح مما سبق أن إعادة التأهيل هي مهمة فريق متعدد التخصصات يعمل؛ لكي يسترجع المريض نمط حياة وظيفياً؛ إذ تتطلب المداواة للمساعدة على تخفيف أعراض اضطراب المزاج والتفكير، وتتطلب المراقبة التمريضية لملاحظة تأثيرات الأدوية وللمساعدة على تهدئة المريض، وتتطلب - بعد خمود الأعراض الحادة - خطة لإعادة بناء حياة المريض ولمساعدته على أن يعود منتجاً من جديد. **ويتطلب القيام بذلك تعاون كل من:**

١- **الأطباء** الذين يقدمون التشخيص والتداخلات العلاجية النفسية والدوائية المناسبة.

٢- **الفريق التمريضي النفسي** الذي يرصد تناول المريض للدواء وتطور حالته في أثناء وجوده في المستشفى، ويوفر بيئة علاجية في جناح المستشفى، وقد يتابع تقييم حالة المريض ورصده بعد التخريج من المستشفى عن طريق ممرض مُجتمَع زائر.

٣- **معالجين نفسيين** يعملون على فهم تفرد المريض ومشكلاته الخاصة وإحكامه الشخصي، ويقومون بالقياس النفسي وبتقديم التداخلات العلاجية النفسية المتخصصة.

٤- **باحثين اجتماعيين** يساعدون على تخفيف مخاوف العائلة وعلى إعادة استقرار المريض؛ ولاسيما عندما تتطلب تداخلات إضافية مثل المساعدات المادية.

٥- **معالجين مهنيين** يركزون على تحليل الأعمال التي قد يقوم بها المريض، مثل تناسق حركات أصابعه على لوحة مفاتيح الحاسوب أو المهام المعرفية اللازمة لقيادة سيارة، فيحددون ما يحتاج إليه المريض من تأهيل؛ لكي يحقق أعلى مستوى أداء ممكن عند القيام بعمل محدد، ويخططون برنامج التداخل الذي يساعد المريض على تحقيق رغباته الشخصية باستخدام نقاط قوته، ثم يعيدون تقييم تأثير البرنامج في سلوك المريض أو أدائه.

٦- **عائلة المريض** التي لها شأن مهم في إعادة التأهيل بعدة طرائق تراوح بين تبديل موقفها من المرض النفسي؛ وبالتالي تخفيف كرب المريض؛ وبين دعم محاولات المريض لإيجاد دور اجتماعي مفيد.

٧- **المريض نفسه هو المساهم الأساسي** في حدثية إعادة التأهيل، ومشاركته في تخطيط برنامج إعادة التأهيل تحسن مطاوعته والتزامه البرنامج.

أدوات إعادة التأهيل:

تهدف إعادة التأهيل إلى تمكين المريض من القيام بفعاليات هادفة؛ مما يوجب التعرف إلى استخدام المواد والأدوات وتطويعها؛ ومما يوضح دور المعالج وأهمية علاقته بالمريض، وهي علاقة مماثلة للعلاقة العلاجية النفسية، وتوجب على المعالج أن يكون واعياً للديناميات المتأصلة في العلاقة العلاجية النفسية.

يقوم المعالج بتحليل متأنٍ لعمل ما بغية تعرّف الخطوات (استعراف، تركيز،...إلخ) اللازمة لنجاح تنفيذ ذلك العمل، ثم يوافق بين تلك الخطوات وبين أهداف المريض، والتوافق الجيد بين العمل وبين أهداف المريض هو ما يجعل ذلك العمل علاجياً، وإلا فإنه يبقى مجرد إشغال وقت. ومن الأعمال التي قد تستخدم علاجياً:

١- **فعاليات عملية:** مثل تخطيط أعمال بنيوية ومتابعتها كأعمال الخشب والجلد والبطاقات وغيرها من الحرف اليدوية، والتجول في المجتمع على نحو يساعد على تطوير الوعي بالمجتمع وبما يقدمه من فرص، ومهام تتعلق بالعيش اليومي (مثل التخطيط للأكل وتنفيذ وجبة طعام، والاعتناء بالنظافة الشخصية، وإصلاح الملابس)، وطرائق تدبير الكرب التي تعلم الشخص المحافظة على صحته النفسية عن طريق الاسترخاء أو اتباع نمط حياة صحي أو غيرها.

٢- **فعاليات اجتماعية:** مثل القيام بأعمال تمنح الشخص فرصة لعرض رؤيته لظرف ما ولمحاولة إيجاد رؤية بديلة لذلك الظرف (وهذه إحدى طرائق تطوير مهارات اجتماعية ملائمة)، وسرد القصص للسماح بمشاركة التجارب مع الآخرين وتحسين المهارات الاجتماعية، وتدريب المهارات الاجتماعية بغية تطوير مقدرة الشخص على التفاعل مع الآخرين وعلى زيادة وعيه بمشاعرهم وبردود أفعالهم.

٣- **فعاليات إبداعية:** مثل الرسم الذي يسمح للشخص بالتعبير عن مشاعره وعواطفه التي لا يمكن التعبير عنها بطرائق أخرى، والأفعال الموجهة بالحركة والموسيقا.

تطبيق برامج إعادة التأهيل:

يمكن تطبيق برامج إعادة التأهيل فردياً أو جماعياً، ويقصد بالتطبيق الفردي أن يعمل المريض بمفرده مع

المعالج، وينطبق ذلك للمرضى العسيرين وذوي مستوى الأداء الضعيف، أما إعادة التأهيل الجماعية؛ فتطبق لمرضى لهم أهداف متشابهة، وتفيد على نحو خاص حين يكون الهدف تطوير مهارات العلاقات ومهارات التواصل؛ وحين تكون موارد المريض الشخصية محدودة.

إعادة التأهيل في المستشفى:

تبدأ أولى محاولات إعادة تأهيل المريض في معظم الأحيان منذ لحظة وصول المريض إلى مستشفى طبي نفسي؛ ففي حين يتم توفر استقرار المريض على الأدوية؛ تبذل جهود موازية لتغيير إدراك المريض لما حدث ولكيفية تفاعله معه بغية تخفيف سوء الأداء.

تختلف أهداف إعادة التأهيل في القبول الحاد والوجيز عنها في القبول المزمن والمديد. فالهدف في القبول الحاد لعدة أيام أو أسابيع هو استقرار المريض وعودته إلى بيئته المعتادة بأسرع وقت ممكن، وتبدأ برامج إعادة التأهيل بعد تخفيف الأعراض الحادة عند المريض إلى مستوى يمكنه من التعاون على نحو معقول مع برنامج إعادة التأهيل. أما في القبول المديد لمصابين باضطرابات نفسية مزمنة تتطلب العيش في بيئة مضبوطة لفترة أطول من الوقت أو لا يمكن تدبيرهم في المنزل؛ فتتغير أهداف إعادة التأهيل بحسب احتياجات المريض المتجددة، وقد تشتمل على تطوير مهارات العيش اليومي أو مهارات العمل أو تدبير أوقات الفراغ.

المجتمعات العلاجية:

تُعدّ المستشفيات النفسية أماكن مرعبة لمعظم الناس بسبب طرائق التعامل التقليدية المتبعة فيها والتي تحط من شأن المرضى، فتجعلهم بلا أسماء ولا هوية، وتفقدهم صفتهم البشرية، ويؤدي عدم الانتباه لأهمية شأن العوامل الاجتماعية في الاضطرابات النفسية إلى زيادة توتر المريض واضطرابه وإلى تزايد احتمال حدوث السلوك العنيف، كما يؤدي مع مرور الوقت إلى أن يصبح المريض مذعناً وفاقداً للنشاط ولروح المبادرة؛ ولاسيما إذا كان محروماً من الزيارات ومن النشاطات والبرامج الترفيهية والتعليمية.

لقد تنبهت معظم الدول في القرن العشرين أن هدف القبول في المستشفى لا يجب أن يقتصر على إلزام المرضى بأنظمة إدارية ومعايير سلوكية لم توضع أصلاً لخدمة المريض، كما تبين أن مجرد ترك المريض وحيداً دون إشغاله بأي نشاط يؤدي إلى تدهور وضعه الصحي النفسي، فيؤدي مثلاً إلى اشتداد الهلوسة السمعية في المصابين بالفصام. لذلك فقد أدخلت سياسة الباب المفتوح في معظم المستشفيات النفسية، وأقر بأن المجتمع الذي يحيا فيه المريض يمكن أن يكون له تأثير سلبي أو إيجابي في تطور حالة المريض؛ مما دفع إلى تطوير بيئة الكثير من المستشفيات لجعلها مجتمعات علاجية تحفظ خصوصية المرضى، وتحضرهم للعودة إلى العالم الخارجي. ويقصد بمصطلح "مجتمع علاجي" مقاربة جماعية للاضطرابات النفسية المزمنة تتبنى مبادئ علاج الجماعة والأعمال المهنية ومبادئ المعالجة السلوكية مثل الاقتصاد الرمزي والوقت المستقطع؛ إضافةً إلى التشديد على حرية تبادل الأفكار والتواصل بين الأطباء والممرضين، وتشجيع النقاش بين المرضى ومعالجيهم.

من الواضح أن تطوير بيئة المستشفى النفسي وتحويلها إلى مجتمع علاجي هو أمر شاق يخلق مشكلات واحتياجات إضافية، ويتطلب جهوداً مضنية، ولكن قد يسهل بذل تلك الجهود إذا كانت ستؤدي إلى تخفيف بؤس المرضى وتعاستهم ومنحهم شعوراً بالأمل والحياة والحركة والنشاط؛ فمعظم المرضى النفسيين المزمنين يقضون حياتهم في صمت كئيب، وأي محاولة لتغيير ذلك الواقع هي تداخل علاجي مهم.

إعادة التأهيل خارج المستشفى:

ما زالت خدمات إعادة التأهيل النفسي في معظم الدول العربية معدومةً أو ضعيفة جداً وغير ممولة؛ مما يحمّل عائلة المريض كامل مسؤولية إعادة التأهيل بعد الخروج من المستشفى بسبب عدم توافر خدمات اجتماعية نفسية من نوع المستشفى النهاري day hospital وبيوت منتصف الطريق half-way homes وبيوت الجماعة group homes وورشات العمل المحمية sheltered workshops. يتطلب ذلك تكثيف الجهود لزيادة مقدرة المريض ورغبته بالمساهمة الفعالة في برامج مصممة بحسب احتياجاته، وليس بحسب تشخيص مرضه، وبحسب احتياجات عائلته؛ فلا بدّ من تعاون العائلة وإسهامها في برنامج إعادة التأهيل؛ ولاسيما إذا كان المريض معدوم الدافع. تمنح هذه الملاحظة إعادة التأهيل دوراً تثقيفياً لا يقتصر على عائلات المرضى فحسب، بل يمتد ليشمل المجتمع بكامله؛ فالمواقف الاجتماعية من المرضى النفسيين هي أسباب مهمة للإعاقة الناجمة عن الاضطرابات النفسية، لذلك يجب أن يكون الدفاع عن المريض هدفاً لبرامج إعادة التأهيل. يحتاج المصابون باضطرابات نفسية إلى من يدافع عنهم بغية إعادتهم مواطنين منتجين، وإحدى الطرائق الممكن اتباعها في هذا المجال هي تثقيف المجتمع لتخفيف الوصمة ومواقف التمييز ضد الاضطرابات

النفسية باستخدام وسائل الإعلام والملصقات وأنماط أخرى من التثقيف الصحي، وقد يدرب العاملون في الرعاية الصحية الأولية للقيام بعمل مهم في التثقيف وفي رفع وعي الشعب وفي مساعدة المصابين باضطراب نفسي على مساعدة أنفسهم بوسائط متنوعة مثل جماعات المساعدة الذاتية.

توضع لبرامج التأهيل في المنزل أهداف واضحة وواقعية تعلم المريض كيف يكون فرداً بناءً في عائلته، وترشد العائلة إلى كيفية إعادة دمج المريض في تركيبتها، وتوضح التغييرات التي قد تطلب إدخالها على طريقة العيش بغية تمكين المريض وبقية أفراد العائلة من متابعة حياتهم؛ فقد يكلف المريض مثلاً أعمالاً محددة في المنزل تصاغ بشكل قائمة شطب؛ مع الإصرار على أن يقوم بها المريض حتى لو بدا أنه من الأسهل أن يقوم بقية أفراد الأسرة بخدمته، ومع ملاحظة أن إعادة التأهيل هي حدثية دينامية فاعلة تتطور أهدافها بتطور حالة المريض.

تعدّ برامج إعادة التأهيل في الدول التي أحدثت مثل هذه البرامج أن من أهدافها توفير البيئة اللازمة؛ لكي يقدم المريض أداءه المثالي، وقد وُفرت في كثير من تلك الدول بيئات إعادة تأهيل مرحلية تصل بين القبول في المستشفى وبين العودة إلى المنزل، مثل المستشفى النهاري وبيوت منتصف الطريق وورشات العمل المحمية.

يفيد المستشفى النهاري المريض الذي عاد غير محتاج إلى الحدود التي تفرضها المستشفيات، ولكن ما زال بحاجة لبرنامج علاجي يساعده على اكتساب مهارات لازمة للقيام بأعماله اليومية؛ أي المريض الذي أصبح مستقراً؛ ولكن مازالت وظائفه مختلة في البيت وفي المجتمع. وتشتمل المهارات التي يمكن تطويرها أو تحسينها في المستشفى النهاري على التواصل والتفاعل الاجتماعي والمهارات المتعلقة بالعمل. وتستخدم بيوت منتصف الطريق أو بيوت الجماعة للمريض الذي لا يستطيع العيش مع عائلته لأسباب مختلفة، أو الذي لا يمكنه العيش منفرداً من دون دعم، فتوفر له بيئة منزلية بنيوية تمكنه من الأداء من دون بيئة المستشفى؛ ولكن تحت إشراف مستمر على نشاطات العيش اليومي، ويتخذ المريض من بيت منتصف الطريق قاعدةً ينطلق منها للمشاركة في برامج علاج نهارية أو للعمل في ورشات عمل محمية أو في سوق العمل التنافسي. و"لورشات العمل المحمية" عدة مستويات؛ فقد يؤسس بعضها ضمن المستشفيات التي تقدم الرعاية لفترات طويلة من الوقت، فتجذب عقود عمل خاصة من سوق العمل، وتمنح المرضى أجوراً ضئيلة على إنجاز تلك العقود، والغاية من مثل هذا البرنامج إتاحة الفرصة لتعلم مهارات تتعلق بالعمل ضمن المستشفى وممارستها. يمكن تعليم هذه المهارات أيضاً في ورشات عمل محمية تؤهل المرضى للعمل في وظائف دائمة، وتتوضع ضمن مؤسسات تدريبية، أو في دور المسنين وسكن العجزة ومدارس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ومؤسسات الإصلاح التي تحتوي على وحدات تتعامل مع الجانحين المصابين باضطرابات نفسية. كما يمكن لأي مؤسسة خدمية أو اقتصادية في المجتمع إدارة ورشات محمية تقدم فرص عمل لأشخاص ذوي إعاقات نوعية محددة، ويُعدّ ذلك نوعاً من إعادة التأهيل مبنياً على مبادئ العلاج المهني (أو العلاج بالعمل). فقد لوحظ منذ سنوات طويلة أن للعمل شأناً في جذب انتباه المريض وفي تخفيف سلوكه المضطرب؛ وأنه من الممكن الاستفادة من العلاج المهني لتهدئة مريض قلق عن طريق تركيز اهتمامه على بعض الأعمال الفنية أو الحرفية؛ ولإحياء المتعة عند مريض مكتئب وقليل النشاط، كما يمكن تكليف مريض مصاب بتلف دماغي مهاماً تطور إمكاناته المتبقية، وتمنحه شعوراً بالفخر والرضا. وكما في جميع تداخلات الطب النفسي؛ يقوم المعالج المهني أولاً بتقييم قدرات المريض وإمكاناته، ويحدد مهاراته الأصلية التي يجب تطويرها والمهارات الجديدة التي يجب مساعدته على اكتسابها؛ كما يحدد الشروط الواجب توفيرها في بيئة العمل لتمكين المريض من العمل ضمنها. يوضع بعد ذلك برنامج عمل يومي يهدف إلى إعادة تأهيل المريض وتدريبه على التقيّد بالوقت وبالمهام بغية إعداده للعودة إلى بيته ومجتمعه، ولكي يكون العلاج المهني مفيداً؛ يجب أن يكون واقعياً ومتنوعاً وأبعد ما يكون عن الصورة التقليدية المتمثلة بشك الخرز أو بصنع سلال غير مفيدة، فيمكن مثلاً مساعدة ربة المنزل على تطوير بعض مهاراتها عن طريق تزويد قسم العلاج المهني بوحدة للطبخ. ويمكن تعليم المرضى المزمنين مهارات جديدة تزيد من ثقتهم بأنفسهم، ثم توظيفهم في مصانع أو ورشات توفر لهم برنامج عمل يومي ودخلاً مالياً.

سابعاً- العلاج الطبي النفسي في المجتمعات العربية:

صَحِبت صعوبة فهم أسباب الاضطرابات النفسية عبر التاريخ بتعريض المصابين بها لأنواع شتى من التداخلات، وما يزال يُصادف مرضى توصف لهم عقاقير وأعشاب وزيوت وبخور وحجابات وحجامة وعسل يحتوي مواد مجهولة وأوراق يُشرب منقوعها، ويتقبل المرضى مثل هذه الوصفات

بحماسة كبيرة، وقد يتحسن بعضهم نتيجة الإيحاء أو تأثير الغفل؛ ولاسيما في بعض الاضطرابات التحويلية، ولكن سرعان ما يخيب أمل معظم هؤلاء المرضى، فيبدؤون بالتساؤل عن مدى جدوى ما وصف لهم. تبين هذه الوقائع أهمية تثقيف المرضى بضرورة توفر براهين علاجية مشتقة من نتائج البحوث العلمية؛ ولاسيما التجارب المعشاة، حتى لتداخلات ما يسمى الطب البديل. فمثلا: الطب الأيورفيدي Ayurvedic medicine هو طب هندي يستعمل منذ العام ١٠٠٠ قبل الميلاد لمعالجة الاضطرابات النفسية، ويستخدم تداخلات متنوعة، منها مجموعة أعشاب تسمى Brahmyadiyoga، وقد قورنت فعالية مجموعة الأعشاب هذه في علاج الفصام بفعالية الدواء الغفل في بعض التجارب المعشاة؛ وبفعالية أدوية مضادة للذهان في تجارب أخرى، وتبين مراجعة كوكران منهجية لكل التجارب ذات الصلة أن مجموعة الأعشاب المذكورة هي أكثر فعالية من الدواء الغفل، وأقل فعاليةً من الأدوية المضادة للذهان في معالجة الفصام.

اهتم الأطباء العرب والمسلمون في عصور ماضية بالطب النفسي وبتشخيص بعض الاضطرابات النفسية وعلاجها، ولكن هناك انقطاعاً تاريخياً بين ممارساتهم تلك وبين الطب النفسي المعاصر في المجتمعات العربية. فمعظم ممارسات الطب النفسي الحالية في المجتمعات العربية هي ممارسات منقولة عن مجتمعات أخرى؛ ولاسيما المجتمعات الغربية؛ إذ يتبنى الأطباء النفسيون العرب أنظمة تشخيص أنتجتها ثقافات أخرى رغم عدم التأكد من أن فئاتها التشخيصية تنطبق تماماً على العرب المصابين باضطراب نفسي، وإن كانت هنالك حالياً محاولة جدية لإدخال الثقافة العربية في الطبعة الحادية عشرة من التصنيف العالمي للأمراض، والتي يتوقع صدورها في العامين القادمين. أما بالنسبة إلى العلاج؛ فلم يقم الأطباء العرب بمحاولات مثيلة لتلك التي قام بها أطباء صينيون وهنود مثلاً لفحص فعالية التداخلات الشعبية المستخدمة لعلاج الاضطرابات النفسية في بلادهم، والتي تشمل الأعشاب واليوغا والاسترخاء وغيرها من التداخلات؛ ولم يجر حتى الآن تقييم علمي موضوعي للتداخلات الشعبية العربية التي توصف للمصابين باضطرابات نفسية؛ مما يترك المجال مفتوحاً أمام استغلال هؤلاء المرضى لغايات تجارية أو من قبل مشعوذين.

تُبين الإحصائيات العالمية أن ما يقرب من ربع سكان العالم يتعرضون لاضطراب نفسي مرّة واحدة على الأقل في حياتهم، كما تُبين أن الاضطرابات النفسية الكبيرة مثل الفصام واضطراب المزاج ثنائي القطب والاكتئاب الجسيم والوسواس القهري وتوحد الطفولة والخرف - بما فيه داء الزهايمر- تصيب مجتمعة ما يقرب من عشر سكان الأرض مهما اختلفت أعراقهم وثقافاتهم؛ فمرض الفصام مثلاً هو أسوأ مرض يصيب الجنس البشري؛ بحسب تصنيف منظمة الصحة العالمية، وهو يصيب واحداً بالمئة (١٪) من سكان المجتمعات كافة، أي عشرة آلاف شخص من كل مليون نسمة. ويحتاج تقديم الخدمات الصحية لهذا الكم الهائل من البشر إلى مجموعات عمل (كوادر) مهنية متخصصة مؤهلة علمياً (أكاديمياً) ومدربة سريرياً، وتشتمل على أطباء نفسيين وممرضين نفسيين ومعالجين نفسيين واختصاصيِّين اجتماعيين واختصاصيِّي إعادة تأهيل نفسي، ويتطلب إعداد هذه المجموعات تدريباً نظرياً وعملياً متخصصاً؛ فلا يمكن أبداً أن يتوقع أن يكون طالب طب خبيراً بالجراحة بناءً على رغبته الشخصية ومعلوماته النظرية فقط، بل لا بد له من أن يكتسب المهارات السريرية والخبرة اللازمة على نحو تدريجي، بدايةً من مراقبة التداخلات الجراحية، ثم مساعدة الجراحين، ثم العمل منفرداً تحت إشراف جراح خبير، ثم العمل دون إشراف أحد. لهذا التسلسل الأهمية ذاتها بالنسبة إلى المعالجة النفسية؛ فلا يمكن الاكتفاء بطرائق التعليم والتعلم المدرسية المعتادة في اكتساب مهارات المعالجة النفسية، بل لا بد من التدريب تحت إشراف مدرب خبير، ويخلق ضرورة التدريب تحت الإشراف صعوبة كبيرة؛ لأن المعالجة النفسية حدثية خاصة بالطبيب والمريض، ووجود شخص ثالث معهما - سواء أكان متدرباً أم مشرفاً- يغير على نحو جذري الظرف العلاجي الكلي. ويمكن التغلب على هذه الصعوبة عن طريق استخدام بعض مساعدات التعليم والتعلم، مثل استعمال دارة تلفزيونية مغلقة أو مرآة وحيدة الاتجاه، أو اللجوء إلى تسجيل الجلسة العلاجية تسجيلاً صوتياً أو تلفزيونياً، ولكن تبقى قيمة هذه المساعدات محدودة لأسباب عديدة، مثل التثبيط المفروض بهذه المساعدات على انفتاح الزبون أو المعالج وتلقائيته، والخيار الأفضل هو تصميم برنامج تدريبي يقدم إطاراً نظرياً مرجعياً وتوجيهاً نحو مشكلات المعالجة النفسية وطرائقها، كما يوفر إشرافاً على عدد محدد من الحالات يكفي لاكتساب الخبرة. وطبعاً لا يشترط أن يكون المعالج النفسي طبيباً، بل قد يكون مؤهلاً بشهادة علم النفس السريري ومدرباً تحت الإشراف كما ورد سابقاً.

ما زالت برامج التدريب على المعالجة النفسية غائبةً عن

معظم الدول العربية؛ بما فيها سورية، ومع استمرار غياب البرامج التدريبية؛ ما زال الأطباء الراغبون بتعلم المعالجة النفسية يعتمدون على تقبل إحدى نظرياتها ومن ثم استخدامها قاعدة لتطوير طرائق علاجية عقلانية وثابتة المبدأ. ولكن التعلم لا ينتهي هنا، بل إن تلك هي البداية فقط، فهناك خطر الوقوع بمشكلة تقبل مقاربة وحيدة وتطبيق طرائقها على نحو آلي من دون أي تقييم ناقد، مما قد يجعل المعالجة النفسية نوعاً من العقيدة. لذلك يجب دائماً التنبه أنه لا توجد مدرسة منفردة أو مقاربة وحيدة لديها الجواب التام والنهائي، كما يجب اعتماد التعلم المستمر بعقل منفتح وبطريقة موجهة تجريبياً؛ فهناك تجارب معشاة تفحص فعالية جميع أشكال المعالجة النفسية وجدواها، وبهذا الانفتاح فقط يمكن للطبيب المعالج تطوير مقاربته الفريدة في مساعدة أولئك الذين يحتاجون إلى المساعدة.

هذا بالنسبة إلى الأطباء النفسيين، أما بالنسبة إلى المعالجين النفسيين من غير الأطباء فالمشكلة أكثر تعقيداً؛ إذ لا يتوافر قسم علم نفس سريري في أي من الجامعات السورية، ومثل سورية في ذلك مثل معظم الدول العربية، ناهيك عن عدم وجود برنامج تدريبي سريري يساعد الخريجين على اكتساب الخبرة والمهارة الضروريتين، بل إن التدريس في أقسام الإرشاد النفسي الموجودة في بعض الجامعات يقتصر على الطرائق المدرسية التقليدية، ويفتقد للتدريب السريري تحت إشراف معالجين خبراء. يضاف إلى ذلك أن مدارس التمريض لا تدرس التمريض النفسي؛ وأنه لا تتوافر برامج تدريبية لخريجي علم الاجتماع والخدمة الاجتماعية على التعامل مع المصابين باضطرابات نفسية؛ وأن مفهوم إعادة التأهيل النفسي ما زال مفهوماً غريباً نوعاً ما عن المجتمعات العربية على نحو عام.

هناك تقبل عام في المجتمعات العربية لأهمية المقاربة البيولوجية - النفسية - الاجتماعية التي شاع استعمالها في الغرب، ولكن يندر تطبيق هذه الممارسة عملياً في المجتمعات العربية، بل تعالج الغالبية العظمى من الناس المصابين باضطراب نفسي في المجتمعات العربية بالأدوية، وربما كان الاقتصار على استخدام الأدوية أكثر انتشاراً في البلاد العربية من بقية العالم لأسباب ثقافية ولأسباب أخرى، أهمها ندرة وجود مختصين بطرائق المعالجة الأخرى؛ مما يؤدي إلى أن يكون العلاج الطبي النفسي محصوراً بالأطباء النفسيين على نحو تام تقريباً، ولما كانت معظم العيادات مزدحمة على نحو يمنح الأولوية للتفكير في كيفية إيجاد التداخل الممكن تنفيذه بأقصر فترة زمنية ممكنة؛ وأن معظم العلاجات الأخرى تتطلب احتكاكاً مع المريض مدة أطول من كتابة الوصفة؛ فإن الاعتماد على نحو كلي تقريباً على الأدوية غير مستغرب.

الأدوية ذات التأثير النفسي:

هناك مشكلات ملازمة لاستعمال الأدوية النفسية في البيئة العربية يجب الإقرار بوجودها وتعريفها؛ منها مشكلات عامة مثل تكلفة الدواء وتوافره ومطاوعة المريض بأخذ الدواء، ومنها مشكلات خاصة ببعض الأدوية، مثل الحاجة لمعايرة التركيز المصلي لبعض الأدوية وتكرار تعداد كريات الدم البيض عند العلاج بكلوزابين: مما يفرض تكاليف وإزعاجات إضافية أو يدفع للمخاطرة باستخدام الدواء دون اتخاذ الاحتياطات الضرورية.

تكلفة الأدوية النفسية وتوافرها:

ينتمي معظم المواطنين العرب إلى فئة ذوي الدخل المحدود، وتقع نفقات معظم الخدمات الصحية على عاتق المريض؛ مما يجعل العلاج الطبي منافساً لضرورات الحياة الأخرى على الموارد المحدودة. لذلك فكثيراً ما يلجأ المرضى إلى حلول وسط مثل أخذ الدواء في الطور الحاد من المرض بغية التغلب على ازعاج المرض (الذي يشعر به المريض نفسه، أو الناس حوله، أو كلاهما)، ثم الميل إلى التوفير عن طريق خفض جرعة الدواء أو إيقافه نهائياً على نحو مبكر من فور تخلص المريض من معظم أعراض مرضه البدئية. تواجه هذه المشكلة على نحو أوضح عندما توصف أدوية مستوردة مرتفعة الثمن تضاعف تكلفة العلاج على نحو مخيف.

تتوافر في معظم الدول العربية - وفي سورية خاصة - صناعة دوائية توفر جزءاً كبيراً من الحاجة للأدوية النفسية، ويمكن تصنيف الأدوية المنتجة في سورية - مثلاً - في مجموعتين كبيرتين: تضم المجموعة الأولى منهما أدوية محمية ببراءة اختراع patent، وتضم المجموعة الثانية أدوية جنيسة generic، وتنتمي معظم الأدوية المنتجة في سورية إلى المجموعة الثانية التي تمتاز بأن أسعارها تقل كثيراً عن أسعار الأدوية المحمية ببراءة اختراع.

يفترض أن للأدوية الجنيسة جرعات الأدوية المحمية المماثلة لها واستطباباتها وفعاليتها، وتأثيراتها الجانبية نفسها وطرائق إعطائها، ولكن ذلك الافتراض لا يمنع كثيراً من الأطباء والمرضى عن التساؤل عن نوعية الأدوية الجنيسة، وما إذا كانت جودتها تعادل فعلاً جودة مثيلاتها من الأدوية المحمية ببراءة اختراع، وما إذا كان انخفاض تكلفتها دليل

انخفاض جودتها وفعاليتها.

من المعروف أن انخفاض تكلفة الأدوية الجنيسة يعود على نحو أساسي إلى أن مصنعيها يتجاوزون المصاريف الهائلة التي تنفق على البحث والتطوير والترويج للأدوية المحمية ببراءة اختراع، كما يتجنبون خطر سحب الدواء من الأسواق بسبب ظهور تأثيرات جانبية ومحاذير لم تكن متوقعة؛ فهم يستفيدون من سوق تم فتحه أمامهم من قبل آخرين، ولكن ذلك يجب ألا يعفي مصنعي الأدوية الجنيسة من ضرورة تأكيد جودة منتجاتهم، لذلك فإن دولاً عديدة تشترط أن يكون الدواء الجنيس معادلاً لمثيله المحمي من حيث التكافؤ الحيوي bioequivalency (أي أن يوصل الدواء الجنيس إلى الجسم كمية المادة الفعالة التي يوصلها الدواء المحمي ذاتها) والتوافر الحيوي bioavailability (أي أن يتم امتصاص الدواء الجنيس بسرعة امتصاص الدواء المحمي). ولكن الاقتصار على هذين الشرطين يتجاهل ضرورة توفير برهان سريري يقارن بين الدواء الجنيس والدواء المحمي، فهو يتجاهل أن الأدوية الجنيسة قد يكون شكلها ولونها وطعمها مختلفاً، فيثير القلق عند المريض؛ وأن سواغها أيضاً قد يختلف على نحو يؤثر في فعالية الدواء، أو يسبب آثاراً جانبية أو تداخلاً مع أدوية أخرى يتناولها المريض. يضاف إلى ذلك أن لدى الكثير من المواطنين مخاوف تتضمن أن الأدوية الجنيسة أقل فعاليةً من الأدوية المحمية؛ لذلك يجب تناولها بجرعات أعلى ولوقت أطول، وأنها أقل أماناً وأكثر إحداثاً للتأثيرات الجانبية؛ وأنها تصنع في منشآت غير مثالية. لذلك فإن الاتجاه العالمي السائد حالياً هو تشديد شروط ترخيص الأدوية الجنيسة؛ لتشمل تقديم براهين علاجية مشتقة من تجارب معشاة تقارن بينها وبين مثيلاتها المحمية. يمثل هذا الاتجاه فرصةً كبيرةً أمام الصناعة الدوائية السورية؛ إذ يفتح أمامها أسواقاً عالمية - حتى في الدول المتقدمة - إذا دعمت منتجاتها ببراهين علاجية تؤكد جودة منتجاتها وفعاليتها. ولكن - وللأسف - ما زالت الصناعة الدوائية السورية تدار بعقلية تجارية لا تدرك أهمية البحث العلمي، ولا تسمح بتمويل دراسات التكافؤ الحيوي والتوافر الحيوي والتجارب المعشاة. يرافق ذلك عملياً استمرار انخفاض الثقة بالدواء المحلي واستمرار لجوء كثير من الأطباء والمرضى لأدوية مستوردة، أو حتى مهربة - وأحياناً مزورة - مرتفعة التكاليف، واستمرار توافرها غير مضمون، في حين أن استمرارية توافر الدواء هي شرط أساسي في معالجة اضطرابات مزمنة مثل بعض الاضطرابات النفسية.

المعالجات النفسية:

يقوم بعض المعالجين النفسيين الخبراء - والذين تدربوا وتخرجوا في جامعات أجنبية مرموقة - بتقديم خدمات معالجة نفسية مبعثرة بسبب عدم وجود أنظمة تنظم عملهم، وتمنحهم ترخيص مزاولة المهنة اللازم في معظم الدول العربية. هناك محاولات متعددة لتصحيح هذا الوضع غير الطبيعي ولتطوير المعالجة النفسية في المجتمعات العربية، ومن الضروري أن تركز تلك المحاولات على تبني المعالجات النفسية التي أثبتت التجارب المعشاة فعاليتها وجدواها والتي تناسب ثقافة المجتمعات العربية.

المعالجات التحليلية النفسية:

يبدو أن المعالجات التحليلية النفسية غير مناسبة للمجتمعات العربية لأسباب عدة، فقد أخفق العديد من الدراسات المجراة في أوربا وشماليّ أمريكا في إظهار فائدة واضحة للمعالجات التحليلية النفسية في أي اضطراب نفسي محدد؛ إضافةً إلى وجود عدة أسباب تجعل من تطبيق المعالجة التحليلية النفسية التقليدية أمراً صعباً في المجتمعات العربية. أولاً- تحتاج المعالجة النفسية التحليلية إلى عدة سنوات من التدريب المكثف، ومن المعالجة الشخصية للمتدرب؛ ليصبح مؤهلاً لممارسة التحليل النفسي، ومثل هذه البرامج التدريبية غير متوافرة في معظم البلاد العربية، ثانياً- يعمل هذا النمط من العلاج النفسي بمعايير قاسية لانتقاء الزبائن؛ مما يحد من إمكانية تطبيقه، ثالثاً- تحد الثقافة المحلية من ملاءمة التحليل النفسي للبيئة العربية؛ فقد اشتقت الأسس النظرية للتحليل النفسي ومحدداتها الثقافية من أوربا القرن التاسع عشر، ولا يمكن عدّ صياغتها للتطور البشري وللغة الرموز والتعابير المجازية أمراً كونياً ينطبق على جميع المجتمعات. ففي ثقافة المجتمعات العربية اعتقاد شائع أن أسباب كل المشكلات والمتاعب تقريباً يقع "خارج" شخصية الفرد، لذلك فنادراً ما يتوافر دافع كافٍ لاستكشاف النفس وتشريحها عند فرد يعتقد أن سلوكه واضطرابه النفسي هو من عمل الجن أو السحر.

يضاف إلى ذلك أن طول مدة هذه المعالجة وصعوبتها وارتفاع تكاليفها يضعف من احتمال تحقيقها لاحتياجات معظم الناس في المجتمعات العربية؛ فمن غير المتوقع أن يختار الأطباء النفسيون والمعالجون النفسيون وغيرهم من العاملين في مجال الصحة النفسية هذه الطريقة في ممارستهم اليومية بسبب ندرة توافر هؤلاء المختصين في معظم الدول العربية.

ورغم توافر البراهين التي توحي أن المعالجات التحليلية النفسية البديلة قد تكون أكثر فعالية من التحليل النفسي في علاج بعض الاضطرابات النفسية؛ فإن إمكانية تطبيقها في المجتمعات العربية تبقى ضعيفة بسبب صعوبة تأقلم ثقافة المرضى مع مفاهيم التعبير غير اللفظي ودور التجارب المتنوعة في زيادة الوعي وفي استكشاف خيارات متنوعة؛ ولاسيما عند العمل مع المراهقين والشباب، كما يصعب تفهم بعض المفاهيم الأساسية التي لها شأن في كل الاحتكاكات السريرية بين مقدمي الرعاية الصحية ومرضاهم والمتعلقة بعلاقة الزبون-المعالج، مثل الإنقال.

المعالجة النفسية السلوكية:

تفترض السلوكية أن السلوك مُتعلَّم، وتهدف المعالجة السلوكية إلى تعديل التعلم أو إبطاله، لذلك فهي تركز على الوقت الحاضر وعلى السلوك الحالي، وتقارب السلوك مقاربةً شديدة النوعية مبنية على مبادئ التعلم المكتشفة تجريبياً من أجل تغيير السلوك غير المتأقلم. يعدل السلوك غير المتأقلم بوسائل مباشرة، وتشدد المعالجة السلوكية على التغيير البيئي؛ وليس على تغيير عوامل شخصية ضمن الفرد، ويتم اختيار طرائق المعالجة السلوكية اعتماداً على تقييم سلوكي؛ وليس على افتراضات تشخيصية حول السلوك المضطرب. وتتميز برامج العلاج والتداخلات المبنية على السلوكية بأنها ليست مستهلكة للوقت؛ لأن التغير السلوكي يظهر سريعاً؛ وأنه من السهل رصد حاصل المعالجة؛ لأن التقييم المستمر هو شرط متأصل في التحليل السلوكي.

تطبق المقاربة السلوكية في ثقافات متنوعة: لأن مبادئ التعلم كونية، ويُسَهِّل فهم كيفية عمل السلوك والخواص التفصيلية للتنبيه وللمعززات وضعَ خطط علاجية تناسب مرضى من مختلف الثقافات والمستويات التعليمية. يضاف إلى ذلك أن المعالج السلوكي هو من يتخذ القرار بخصوص التغيير السلوكي الذي يرغب بإحداثه، وهو الذي يطبق بمهارة إجراءات نوعية لإحداثه، ويمكن تشبيه ذلك بالمقاربة التي يستخدمها المعالجون الشعبيون؛ لذلك فإن المعالجة السلوكية قد تكون تجربة مألوفة للناس في المجتمعات العربية. يؤخذ على المعالجة السلوكية أنها تبسيطية وميكانيكية، وتهمل الحدثيات المعرفية، وتعجز أحياناً عن المحافظة على سلوك أُسِّسَ حديثاً؛ فاستبدال الأعراض أمر شائع؛ إذ قد تعاود الأعراض الظهور على نحو مختلف بعد انتهاء المعالجة. ولكن يبقى التركيز على تطوير المعالجة السلوكية في المجتمعات العربية أمراً مناسباً ومرغوباً للأسباب المذكورة آنفاً؛ ولأن التجارب المعشاة تقدم براهين قوية على فعالية المعالجة السلوكية في كثير من الاضطرابات النفسية.

المعالجة المعرفية السلوكية:

يجب الحذر عند إضافة المكون المعرفي إلى المعالجة السلوكية في المجتمعات العربية، فقد يؤدي تعديل الأفكار إلى تعريض الزبون للخطر. فمثلاً: يمكن عدّ اعتقاد الشخص أنه تحت تأثير قوى خارجية (مثل الجن أو السحر) طريقة للقوب أو آلية دفاع نفسي مشتقة من الثقافة المحلية، وقد يؤدي تغيير هذه البنية المعرفية إلى زيادة اضطراب المريض.

هناك براهين قوية على فعالية المعالجة السلوكية المعرفية في تدبير الكثير من الاضطرابات النفسية، لذلك فإنه من غير المنطقي أن يحرم المرضى في المجتمعات العربية من فوائدها، ويمكن عند تطبيق الخطط (الاستراتيجيات) المعرفية السلوكية في هذه المجتمعات التركيز على نحو أساسي في البداية على المكون التعليمي؛ لأنه يقدم للزبون تفسيراً بديلاً وفهماً مختلفاً لمشكلاته، ويمكن لهذا الفهم أن يسهل توظيف الاستراتيجيات العلاجية المعرفية فيما بعد.

المعالجة العائلية:

بنيت المعالجة العائلية أساساً على مفهوم تفاعلي يقول: إن أفراد العائلة يؤثر بعضهم في مشاعر بعض وأفكاره وسلوكه؛ أي إن الأعراض والاضطرابات النفسية ليست ملكية حصرية لفرد يقال إنه مريض، بل هي نتيجة خلل في وظيفة العائلة بكاملها، وتبدو المعالجة العائلية قيّمة لعدة أسباب؛ فهي اقتصادية لأنها تقدم علاجاً لعدة أفراد في الوقت نفسه، وقد تكون سريعة وفعالة، وتتأقلم مع ظروف العائلة، وقد يكون لها قيمة إضافية في المجتمع العربي حيث يمر الكثير من العائلات بمرحلة انتقالية من نمط التقاليد الريفية إلى نمط العائلة النووية nuclear family الحضرية، وقد تواجه "العائلة الانتقالية" خلال حدثية الانتقال من طراز العائلة الممتدة إلى طراز العائلة النووية صعوبات في القوب مع الأدوار والقيم والقوانين الجديدة التي تؤثر في العلاقات والتفاعل بين أفرادها؛ وفي العلاقات والتفاعل بين العائلة بوصفها وحدة متكاملة وبين بقية العالم. تسهل مساعدة كل العائلة على التأقلم مهمة نمو كل فرد من أفرادها وتطوره، والقيمة المهمة للمعالجة العائلية في المجتمع العربي هي إمكان تطبيقها لحل الصراعات بين الأجيال أو للوقاية منها؛ ولاسيما الصراعات المشاهدة بين المراهقين والشباب من جهة

وبين أهاليهم من جهة ثانية؛ إذ يتعرض المراهقون والشباب لتأثيرات متناقضة تفرض عليهم في كل من البيت والمجتمع والمدرسة أو مكان العمل؛ مما يفتح مجالاً واسعاً للصراع بينهم وبين أهاليهم، ويمكن للمعالجة العائلية تسهيل حدثية التَّفَرُّد (الافتراد) individuation والانفصال separation وتحمل المراهق والشاب لمسؤولية حياته الشخصية، كما يمكنها دعم استقرار العائلة وتكاملها عن طريق الإقرار بوجود التناقضات واحترامها.

تطوير العلاج الطبي النفسي في المجتمعات العربية:

هناك تفاوت صارخ في مجال الرعاية الصحية النفسية بين الاحتياجات وبين الإمكانات والخدمات المتوافرة في معظم الدول العربية، ويتطلب ردم هذه الفجوة تجميع الإمكانات المبعثرة المتوافرة في مركز تدريبي يخرّج مختصين، ويُعدّ نواة لتوسيع خدمات الصحة النفسية، وفي ذلك استفادة من خبرات الدول التي أحدثت خدمات صحية نفسية نوعية. يتم التعليم الأكاديمي والتدريب السريري لمجموعات الصحة النفسية في تلك الدول عادةً في معاهد للطب النفسي؛ فقد تنبهت الدول الكبرى للتحدي الخطير الذي تشكله الاضطرابات النفسية في زمن مبكر، وكانت الولايات المتحدة الأمريكية سباقة في تأسيس أول معهد وطني للطب النفسي عام ١٩٤٩ بهدف إجراء بحوث علمية تفيد في حل المشكلات النفسية - الاجتماعية، وقد أدت تلك البحوث إلى زيادة فهم العقل والدماغ والسلوك؛ وإلى ثورة في التشخيص والعلاج والوقاية من الاضطرابات النفسية؛

	باكستان	سورية
الاستقلال	١٩٤٧	١٩٤٧
اعتقاد أن للأمراض النفسية علاقة بالسحر والدين	نعم	نعم
علاجات يقوم بها مداوون بالرُّقى ودجالون	نعم	نعم
المستشفيات النفسية عند الاستقلال	٣	٢
معهد الطب النفسي	نعم (روالبندي عام ١٩٨٦)	لا
عدد كليات الطب في الجامعات	١٨	٦
وحدات للطب النفسي متعددة الاختصاصات في كليات الطب	نعم (١٨)	لا
تبني مفهوم الفريق متعدد الاختصاصات	نعم	لا
تدريب الإداريين من وزارات الصحة والدفاع والتربية في مجال الصحة النفسية	نعم	لا
التمريض النفسي اختصاص مستقل	نعم	لا
تدريب سريري لخريجي علم النفس السريري	نعم	لا
تدريب نفسي سريري لخريجي علم الاجتماع	نعم	لا
دراسات عليا في اختصاصات الطب النفسي الفرعية	نعم	لا
تقييم المعارف والمواقف والخرافات المتعلقة بالمرض النفسي	نعم	لا
إعداد نماذج للرعاية تناسب وتلبِّي الاحتياجات المحلية	نعم	لا
استخدام طرائق مبتكرة لتحفيز المجتمع، كمخاطبة التجمُّعات الدينية، وإنشاء لجان مجتمعية للصحة النفسية	نعم	لا
توعية المعالجين بالرقْية الشرعية	نعم	لا

الجدول (٦) الخدمات الطبية النفسية في سورية وفي باكستان.

وإلى تأسيس معاهد للطب النفسي في دول أخرى مثل بريطانيا وكندا والهند والصين وباكستان.

تشتمل معاهد الطب النفسي على مخابر للعلوم العصبية والنفسية الأساسية وعلى شعب سريرية، ويتم فيها تعليم العلوم الأساسية والتدريب على العلوم السريرية تحت إشراف فردي مباشر، ويهدف هذا التعليم والتدريب إلى تخفيف عبء الاضطرابات النفسية عن طريق:

١- تكامل العلوم العصبية مع العلوم السلوكية لفهم الاضطرابات النفسية.

٢- تحديد الأسباب الجينية والبيئية للاضطرابات النفسية.

٣- تطوير اختبارات تشخيصية صالحة وموثوقة للاستخدام في المجتمع المحلي.

٤- تطوير علاجات أكثر فعالية وأماناً بالنسبة إلى المواطنين المحليين.

٥- المساهمة في نشر الوعي المجتمعي بالأمراض النفسية وطرائق علاجها.

لتأسيس معهد للطب النفسي فوائد إضافية يمكن تلخيصها بمقارنة بين دولتين تتشابهان بمعتقداتهما الثقافية تم في إحداهما (باكستان) تأسيس معهد للطب النفسي، ولم يُؤسَّس في الثانية (سورية) مثل ذلك المعهد، مع مقارنة الوضع الراهن للخدمات الصحية النفسية في كل منهما (الجدول ٦).

يُمكن البدء بتطوير الطب النفسي في المجتمعات العربية عن طريق إنشاء "معهد وطني للطب النفسي" يشرف عليه أطباء نفسيون مؤهلون وأساتذة في علم النفس وفي علم الاجتماع بهدف تقديم التدريب السريري لكل المهنيين اللازمين لتشكيل فرق نفسية متعددة الاختصاصات، مثل طلاب الطب وأطباء الدراسات العليا، وطلاب مدارس التمريض والمعاهد الصحية، وطلاب الإرشاد النفسي وعلم النفس السريري، والمرشدين الاجتماعيين النفسيين. يقوم هذا المعهد أيضاً بتدريب الأطباء على اختصاصات الطب النفسي الفرعية مثل الطب النفسي للأطفال أو للبالغين أو للشيوخ أو لمعالجة الإدمان وغيره، كما يقوم بتدريب المعالجين النفسيين للتخصص بأحد أنواع العلاج النفسي مثل العلاج التحليلي أو السلوكي أو المعرفي.

يقوم المعهد المقترح أيضاً بإدخال مفهوم فريق العلاج النفسي متعدد الاختصاصات، وبتدريب جميع (كوادر) الطب النفسي على العمل ضمن فريق علاجي نفسي متعدد الاختصاصات؛ إذ لم يلقَ مثل هذا التدريب الاهتمام اللازم بعد في سورية وفي معظم الدول العربية الأخرى؛ رغم الحاجة الماسة إليه ورغم شيوع الاضطرابات النفسية التي تتطلب خدمات نوعية. كما يقوم هذا المعهد بتشجيع البحث العلمي السريري والميداني وبتطوير أدوات بحث علمي وطرائق علاج مناسبة للمجتمعات العربية، ومن الواضح أن الوصول إلى هذه الغايات يحتاج إلى تعاون جهات عديدة، ويستغرق وقتاً طويلاً.

الاضطرابات النفسية في الأطفال والمراهقين

سامر جهشان

الطب النفسي في الأطفال والمراهقين أحد التخصصات الفرعية في الطب النفسي يعنى بدراسة الاضطرابات النفسية وتشخيصها وعلاجها والوقاية منها عند الأطفال والمراهقين وأسرهم. وهو تخصص جديد نسبياً إذ أُسست أول عيادة استشارية نفسية للأطفال في ولاية بوسطن الأمريكية في العشرينيات من القرن العشرين، وتخصصت بمعالجة الأحداث الجانحين، وبالتعاون مع هذه العيادة أُنشئت في بريطانيا عيادة مماثلة في العام ١٩٢٧. وسرعان ما انتشرت هذه العيادات في نهاية الأربعينيات، ولكن لم تبدأ البحوث المتعلقة بمدى فاعلية الطرائق العلاجية المستخدمة في الطب النفسي للأطفال والمراهقين حتى بداية السبعينيات حين بدأ تأسيس أقسام للطب النفسي للأطفال والمراهقين في الجامعات.

يسعى الطب النفسي للأطفال والمراهقين إلى مساعدة الطفل أو المراهق على تحقيق مراحل النمو المعرفي والاجتماعي والوجداني في ظل رعاية آمنة ومهارات اجتماعية فعالة. وتصنف الاضطرابات التي يهتم بها الطب النفسي للأطفال والمراهقين في الوقت الراهن إلى:

١- اضطرابات "الراشدين" التي قد تظهر في مرحلة الطفولة، وتتضمن:

- الاضطرابات القلقية:

- اضطراب قلق الانفصال separation anxiety disorder.
- *اضطراب الهلع panic disorder.*
- اضطِرابُ القَلَقِ المُتَعَمِّم generalized anxiety disorder.
- الرهابات phobias.
- الاضطراب الوسواسي القهري obsessive- compulsive disorder.

٢- الاضطرابات المتعلقة بالرضح trauma وبالكرب stress، وتتضمن:

- اضطراب الكرب التالي للرضح post-traumatic stress disorder (PTSD).
- اضطراب الكرب الحاد acute stress disorder.
- اضطِراب الإحكام (أو اضطراب التَّلاؤُم مَعَ المُحيط) adjustment disorder.

٣- الاضطرابات جسدية الشكل somatoform disorders وتشتمل:

- اضطراب الألم pain disorder.
- اضطراب التحويل conversion disorder.
- اضْطِرابُ تَشَوُّهِ الجِسْم body dysmorphic disorder.
- المُراق hypochondriasis.
- اضْطِرابُ الجَسْدَنَة somatization disorder.
- اضْطِرابات جَسَديَة الشَّكْل لَامُتَمايِزة undifferentiated somatoform disorders.

٤- اضطرابات خاصة بمرحلة الطفولة والمراهقة مثل:

- اضْطِرابُ التَّصَرُّف conduct disorder.
- رفض المدرسة school refusal.
- اضْطِراب نَقْص الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD).
- اضطرابات النوم sleeping disorders.

٥- اضطرابات تطورية مثل:

- التخلف العقلي mental retardation.
- اضطرابات طيف التوحد autistic spectrum disorders.

لا يختلف الطب النفسي للأطفال والمراهقين عن الطب النفسي للراشدين بالاضطرابات التي يهتم بها فحسب، بل **يختلف عنه أيضاً في:**

◆ ضرورة النظر إلى المشكلة ضمن مرحلة النمو التي يمر بها الطفل: فبعض السلوكيات التي تعد طبيعية في عمر معين تُعدّ مشكلة بحاجة إلى التدخل في عمر آخر.

◆ ضرورة فهم أساليب تعبير الأطفال عن أنفسهم، فهم لا يقدمون شكواهم بوضوح كالراشدين، مما يتطلب ضرورة التركيز على مظهر الطفل وسلوكه والمعلومات عن تاريخه التي يمكن الحصول عليها من ذويه وإخوته ومعلمي المدرسة والاختصاصي الاجتماعي. إضافة إلى تفسير رسوماته أو مراقبته في أثناء اللعب بأدواته أو مع أقرانه، وإلى استخدام روائز القياس النفسي المخصصة للأطفال.

◆ ضرورة فهم كرب الطفل الذي غالباً ما يظهر بصورة مشكلة أو مشكلات سلوكية أكثر منه بصورة أعراض واضحة المعالم.

◆ ضرورة وضع الخطة العلاجية بالمشاركة مع الوالدين أو من يعتني بالطفل وبمشاركة المدرسة؛ لما لبيئة الطفل من أهمية في صحة الطفل واعتلاله.

◆ استخدام الأدوية في العلاج على نحو أقل من

استخدامها في الطب النفسي للراشدين.

١- الاضطرابات القلقية:

اضطرابات القلق من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً لدى الأطفال والمراهقين، ويعاني المصاب بها الشعورَ بانزعاج مستمر يؤثر في حياته اليومية تأثيراً واضحاً، ويبدي ثورات غضب حين الضغط عليه للقيام ببعض النشاطات التي يتجنبها، مما يُشعر الأهل بأنه طفل مزعج يميل إلى المعارضة. ويصف الأهل أطفالهم المصابين بالمهمومين على نحو دائم، ويبدي هؤلاء الأطفال غالباً أعراضاً أخرى كالخجل، والانسحاب الاجتماعي، وقلة الثقة بالنفس، والاكتئاب الجزئي، وفرط الحساسية لانتقادات الآخرين. كما يشتكي هؤلاء الأطفال أعراضاً جسدية كالصداع والآلام الجسدية والتعب، مما يوجب إجراء فحص دقيق لنفي أي إصابة عضوية أو لنفي تناول الطفل دواءً قد يؤدي إلى ظهور هذه الأعراض العضوية. ومن المشاكل الطبية التي قد تتظاهر بأعراض القلق: نقص سكر الدم وفرط نشاط الدرق واضطراب نظم القلب والصرع والشقيقة وأورام الدماغ وفرط التهوية ووَرَمُ القَوَاتِم pheochromocytoma.

أما العقاقير التي قد تسبب أعراضاً قلقية فتتضمن الكافيين والنيكوتين ومضادات الهستامين والماريجوانا ومُحاكيات الوُدِّيِّ والمنبهات (مثل الكوكائين) والستيروئيدات ومضادات الذهان ومثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية SSRIs.

الخوف الطبيعي والقلق:

يعاني جميع الأطفال أحياناً الخوف الطبيعي أو القلق أو كليهما معاً. والخوف الطبيعي هو انزعاج ذاتي يحدث استجابة لتعرض الطفل لمواقف خارجية، في حين يعد القلق استجابة بيولوجية عصبية لتهديد متوقع. ويتعرض الطفل في أثناء تطوره ونموه لعدة أنواع من الخوف، تختلف من عمر إلى آخر، ومن غير الطبيعي أن يُنكر الطفل هذا الخوف. ويتغير محتوى الخوف الطبيعي بتقدم المراحل التطورية للطفل، فيتركز الخوف في الطفولة الباكرة (بعمر ٤-٨ أشهر) على الخوف من الغرباء ومن الأصوات العالية، وتتميز مرحلة الطفولة المتأخرة أو مرحلة ما قبل المدرسة (من ٦ أشهر-٤ سنوات) بالخوف من الانفصال ومن الأصوات العالية، ويستمر الخوف من الانفصال في مرحلة الدخول إلى المدرسة (من ٣-٥ سنوات) ويضاف إليه الخوف من الحيوانات والوحوش ومن عتمة الليل والخوف على الوضع الصحي الجسدي، كما تظهر تخيلات شبه علمية. وتمتاز مرحلة المدرسة الابتدائية بالخوف على الوضع الصحي الجسدي والخوف من الإصابة الجسدية ومن الكوارث الطبيعية ومن النبذ الاجتماعي. أما محتوى مخاوف مرحلة المراهقة فيتعلق بالمردود الدراسي وبتقبل الآخرين للمراهق إضافةً إلى الخوف على الوضع الصحي الجسدي. وتساعد المعلومات التالية على التفريق بين الخوف الطبيعي والخوف غير الطبيعي (أي القلق):

- عدم تناسب موضوع الخوف مع عمر الطفل، كحدوث الخوف من الانفصال بعمر ٧ سنوات مثلاً.
- ضائقة شخصية subjective distress تؤدي إلى ظهور شكاوى عضوية تتداخل مع الحياة اليومية للطفل ونشاطاته.
- اضطراب التركيز وتأثر الدوام المدرسي وتجنب الأصدقاء وتحدُّد النشاطات، والسلوك المتحدي الذي يسبب خلافات عائلية.
- وجود الأعراض الجسدية والمعرفية للقلق، مثل: عدم الاستقرار الحركي، والصداع، وآلام البطن، والتعب واضطراب النوم، والتشنجات العضلية، وخفقان القلب، وفرط التهوية، والشعور بالدوار وبالرجفان، واضطراب التركيز وفرط التنبه والاستثارة.

ترافق أعراض أكثر من اضطراب قلقي واحد في الوقت نفسه عند ثلث الأطفال المصابين، كما أنه من الشائع ترافق اضطراب القلق والاكتئاب واضطِرابُ نَقْصِ الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشاط. ويكثر حدوث اضطرابات قلقية لدى أهل هؤلاء الأطفال. وتشير معظم دراسات القلق إلى وجود اضطراب على مستوى السيروتونين والنورأدرينالين والغابا GABA، كما تشير دراسات أخرى إلى دور العلاقة مع الأهل والعوامل الجينية في إمراض الاضطرابات القلقية. وتربط بعض الدراسات بين الإصابة بالاضطراب الوسواسي القهري وعدوى العِقْدِيَّات الحالة للدم بيتا، مما أدى إلى ظهور مفهوم الاضطرابات العصبية النفسية المتعلقة بالمَناعَةِ الذَّاتِيَّة عند الأطفال والمرافقة للعِقْدِيَّات pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcus (PANDAS).

أ- اضطراب قلق الانفصال: يتظاهر قلق الانفصال بخوف شديد عند انفصال الطفل عن أمه أو عن غيرها من الأشخاص المهمين في حياته، والذين يُعدون صوراً للتعلق attachment figures، ويُعد قلق الانفصال مظهراً طبيعياً للتطور في أثناء الطفولة الباكرة. ولكن يجب أن يتمكن الطفل أو أن يحتمل الانفصال عن والديه أو من يقوم بمقامهما عدة ساعات بعمر ٢-٣ سنوات، مع أنه من الطبيعي

أن تظهر عليه بعض أعراض قلق الانفصال ولاسيما إذا كان معرضاً لكرب ما. أما الأطفال المصابون باضطراب قلق الانفصال فيبدون صعوبة بالغة بتقبل أي انفصال عن أهلهم أو عمّن يقوم مقامهم فينتابهم خوف شديد من أن يصيبهم أو يصيب أهلهم أذى شديد أو أن يموتوا، ويكون هذا القلق شديداً ومستمراً فترة طويلة من الزمن. يمتنع هؤلاء الأطفال عن الذهاب إلى المدرسة ويقاومون ذلك بشدة كما يمتنعون عن النوم بمفردهم بأسرتهم أو القيام بأي نشاط اجتماعي كالذهاب إلى مخيم أو النوم لدى صديق لهم أو عند أقاربهم. ويكون نومهم مضطرباً وتكثر فيه الكوابيس، وتكثر لديهم الشكاوي العضوية.

يحدث اضطراب قلق الانفصال عند الإناث أكثر من الذكور، ومن الشائع أن تبدأ أعراضه بعد التعرض لكرب ما مثل انفصال الوالدين أو طلاقهما أو حدوث وفاة في العائلة. وتبدأ أعراض هذا الاضطراب عادةً بعمر ٧-٩ سنوات، وقد تبدأ أحياناً في المراهقة حين يغلب أن تلي أو تصاحب إصابة بالاكتئاب. والأطفال المصابون بهذا الاضطراب هم الأكثر تعرضاً للإصابة باضطراب الهلع في المراهقة أو بعد ذلك. وقد يكون أحد الوالدين مصاباً بهذا الاضطراب وخوفه من الانفصال عن ولده أكبر بكثير من خوف ولده.

ب- اضطراب الهلع: يعتقد بعض الباحثين بوجود علاقة وراثية بين اضطراب الهلع واضطراب قلق الانفصال. يظهر اضطراب الهلع عادة في عمر ١٥-١٩ سنة، وقليلاً ما يظهر بعمر المراهقة ونادراً ما يظهر قبل المراهقة، يصيب الإناث أكثر من الذكور بنسبة ٣٢-١، ويتظاهر بنوبات هلع متكررة على نحو غير متوقع، وقد يترافق ورُهاب المَيادين agoraphobia.

تبدأ نوبة الهلع بخوف غير واضح، ضعيف الشدة أو بالشعور بعدم الراحة يشتد بسرعة وقد يستمر دقائق حتى عدة ساعات أحياناً، لكن العادة أن تكون نوبة الهلع أقل من ٣٠ دقيقة. تحدث في أثناء نوبة الهلع أعراض تتضمن خفقان القلب والتعرق والرجفان وتسرع التنفس والشعور بالاختناق والآلام الصدرية والغثيان وآلام بطنية مبهمة وشعور بالدوار والإغماء أو بالوخز وتبدد الشخصية والغُرْبَةُ عن الواقع والخوف من فقد السيطرة على الذات أو من "الجنون" والخوف من الموت.

قد تحدث نوبات الهلع من دون سبب، وقد يكون هناك عامل مطلق لها، ويتطور لدى المصابين باضطراب الهلع قلقٌ شديد من احتمال تكرر النوبات، مما يدفعهم إلى تجنب كثير من الأماكن أو المناسبات على نحو يحدّ من نشاطاتهم اليومية ويبلغ درجة الإصابة برُهابُ المَيَادين.

ج- اضْطِرابُ القَلَقِ المُتَعَمِّم: يشعر الأطفال المصابون باضْطِرابُ القَلَقِ المُتَعَمِّم من تَخَوُّفٍ شديد تجاه أي شيء، ولا يمكنهم عادةً ضبط هذا الشعور حتى حين طمأنتهم، وتظهر عليهم أعراض القلق الفيزيولوجية كعدم الاستقرار الحركي والتعب وفرط الاستثارة والتوتر العضلي واضطراب النوم والتركيز.

يحدث اضْطِرابُ القَلَقِ المُتَعَمِّم عادةً بعمر ١٢-١٩سنة، ويصيب الذكور والإناث بالتساوي، وغالباً ما يكون أهل الطفل المصاب من النوع المتطلب الذي يطالب دائماً بأفضل الإنجازات. يميل المصاب عادةً إلى الكمال والدقة في إنجاز مهامه، ويشعر بمخاوف تتعلق بنتائجه الدراسية أو بأدائه الرياضي أو بمستقبله أو بدقة تنفيذه لما يطلب منه أو بكوارث طبيعية ربما وقعت. ويبدي المصاب تخوفاً كبيراً من الانفصال حتى لو لم يكن انفصاله عن أهله محتملاً، ويمكن لاضطراب القلق المتعمم أن يرافق اضطراب قلق آخر والاكتئاب.

د- الرهابات النوعية specific phobias: الرهاب النوعي هو الخوف الشديد والدائم من شيء ما أو من موقف ما، يؤدي إلى تجنب هذا الشيء أو الموقف، وهو شائع الحدوث في عمر ما قبل المدرسة (عمر ٣-٥ سنوات) ويكون بهذا العمر عابراً ولا يسبب اضطراباً في مسار الحياة اليومية ولا يحتاج ذلك إلى متابعة أو علاج.

يعالج هذا الاضطراب حين عدم تراجعه مع تقدم الطفل بالعمر وحين تأثيره في مسار الحياة اليومية في المنزل وفي المدرسة أو خارجهما. يتظاهر الرهاب النوعي في عمر ما قبل المدرسة بالخوف من الانفصال، أو الخوف من الأدوات الحادة الجارحة، أو من الأصوات العالية، أو من العواصف، أو من الوحوش والحيوانات. ويتظاهر لدى الأطفال عند دخولهم إلى المدرسة بالخوف من البقاء بمفردهم، أو الخوف من الأذية الجسدية، أو من المرض أو الرسوب أو العقاب. ويأخذ لدى المراهقين بعداً اجتماعياً من الخوف على مظهرهم أو أدائهم الدراسي أو أدائهم الاجتماعي، إذ يتظاهر الرهاب الاجتماعي social phobia بتجنب الإجابة داخل الصف، وتجنب استخدام المراحيض العامة أو تناول الطعام في المطاعم. ويرافق هذا الاضطراب عند المراهقين شكاوى جسدية أو بكاء أو برودة العلاقات أو تجنب أي مناسبة أو حتى قد ترافقه نوبات هلع. وقد يتظاهر هذا الاضطراب لدى بعض تلاميذ المدارس بصُمَاتٍ انْتِخابِيّ elective mutism.

هـ- الاضطراب الوسواسي القهري: يتظاهر الاضطراب الوسواسي القهري لدى الأطفال بأفكار أو صور أو دفعات impulse مقحمة ومتكررة باستمرار وغير ملائمة ومزعجة، ومختلفة تماماً عن التجربة التي يمر بها الطفل عندما يشعر بالتخوف من موضوع محدد. تتعلق الأفكار الوسواسية بالخوف من العدوى ومن إيذاء الذات أو إيذاء الأهل، أو بأفكار عدوانية أو جنسية، كما تتظاهر بحاجة ماسة إلى تناظر الأشياء أو الأفعال. وتؤدي هذه الأفكار إلى سلوك قهري يتظاهر بالطقوس كغسيل اليدين أو التأكد المتكرر أو العد أو الترتيب أو التكرار أو التجميع أو اللمس.

يبدأ هذا الاضطراب بعمر الـ ١٠ سنوات وقد يتظاهر على نحو أبكر لدى الذكور، ويرى بعض الباحثين أن قسماً محدوداً من هذه الاضطرابات قد يلي الإصابة بعدوى بالعقديات الحالة للدم بيتا أو الإصابة برَقَص سَيدِنْهام.

تقييم الأطفال المصابين باضطراب قلقي:

يجب أن يتذكر من يقيم الأطفال المصابين باضطراب قلقي أن الخوف والقلق يعدّان لدى الطفل جزءاً من تطوره الطبيعي، ولذلك يجب التفريق وعلى نحو أساسي بين ما هو طبيعي وما هو مرضي. فالقلق في مواقف معينة يدفع الطفل إلى القيام ببعض الإنجازات التي يشعر بالفخر عند إتمامها، والخوف في بعض المواقف طبيعي وضروري لحماية الطفل من بعض المخاطر. ومن الطبيعي أيضاً أن يكون لدى الطفل في مراحل تطورية معينة بعض الطقوس مثل طقوس النوم، ومن الطبيعي أن يشعر الطفل بالقلق أو الخوف عند طلاق أبويه أو انفصالهما أو وفاة أحد أفراد العائلة.

يعد خوف الطفل أو قلقه مرضياً حين يؤثر على نحو شديد ودائم في حياته اليومية ويعوق بالتالي مسارها. لذلك فإنه من الضروري في أثناء الفحص السريري استقصاء ما يلي:

- هل يتلاءم قلق الطفل مع عمره ومع ما يمر به من ظروف؟
- هل بدأت أعراض القلق بعد حدث ما، ولاسيما بعد عنف منزلي أو بعد تعرض الطفل لسوء معاملة؟
- هل يعاني الطفل حالياً مرضاً عضوياً؟ وهل يتناول أدوية ما؟ وهل يستخدم هذا الدواء لأول مرة؟ وهل الجرعات الدوائية ملائمة؟
- هل يتجنب الطفل مواقف معينة تثير عنده القلق؟ وهل يؤثر ذلك في علاقته مع أهله وأصدقائه؟
- ما مدى تأثير قلق الطفل في الحياة العائلية؟ وهل حاول الأهل مساعدة الطفل؟
- ما مدى تأثير قلق الطفل في دراسته وذهابه إلى المدرسة؟ وهل اشتكى مدرسوه من سلوكه؟
- هل تحدث أعراض القلق من دون سبب معين، أم تلي مناسبةً أو موقفاً معيناً؟ وهل تتظاهر لدى توقع الوجود في موقف معين؟
- هل ترافق أعراض القلق أعراض اكتئابية أو أعراض اضْطِراب نَقْصِ الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط؟
- هل توجد سوابق نفسية عائلية لاضطراب قلقي؟
- ما هي العلامات السريرية للقلق التي يعانيها الطفل؟

الأسس العامة لخطة المعالجة:

تقتضي متابعة الطفل معرفة شدة الأعراض ومدى تأثيرها في حياة الطفل وعائلته والصعوبات التي تفرضها على متابعة حياته اليومية. وللمعالجة الدوائية دور مكمل في الخطة العلاجية، ولا تعد أبداً المعالجة الوحيدة لهذه الاضطرابات؛ بل يجب أن تكون هذه المعالجة جزءاً لا يتجزأ من مقاربة أوسع تسمح للطفل بمتابعة حياته اليومية على نحو مريح داخل المنزل وفي المدرسة كما تسمح لأهله بمتابعة حياتهم اليومية من دون انزعاج.

تعد المعالجة المعرفية السلوكية الخيار العلاجي الأول في معالجة اضطرابات القلق عند الأطفال والمراهقين، كما يعد التعاون بين المعالج والمدرسة أساسياً في حل مشاكل اضطرابات القلق. تتكون الخطوة العلاجية الأولى من تثقيف الأهل والطفل بطبيعة الاضطراب، وأن سلوك الطفل هو سلوك غير مقصود ولا يستطيع الطفل ضبطه، مثله في ذلك مثل ارتفاع الضغط الشرياني عند الخوف، لذلك يجب تجنب تفسير سلوك الطفل خطأً على أنه ابتزاز أو تلاعب. كما يجب التوضيح أن لاضطراب القلق نهاية كما أن له بداية، وأن سلوك التجنب يريح الطفل فترة قصيرة لكنه يزيد لاحقاً من شدة الاضطراب، وأن دور الأهل ينبغي أن يكون دوراً داعماً للطفل ومطمئناً له، وأن انتقاد الطفل والحكم عليه يسيئان له ويعوقان حل مشكلته.

التثقيف النفسي psychoeducation: يكفي التثقيف النفسي لتدبير كثير من حالات الاضطرابات القلقية عند الأطفال والمراهقين، إذ تعد المعالجة النفسية غير مُسْتَطَبّة والمعالجة الدوائية غير ضرورية في هذه الحالات، كما لا ضرورة عند وضع التشخيص لإجراء أي فحص مخبري إلا إذا اشتدت الأعراض على نحو مفاجئ.

يهدف التثقيف النفسي إلى إطلاع الأهل على طبيعة

الاضطراب وعلى دورهم في مساندة الطفل، وأن الأعراض القلقية هي أعراض تزعج الطفل وليست وسائل يستخدمها لتحقيق رغباته، وأن اضطرابات القلق الخفيفة ومتوسطة الشدة تتراجع عند متابعتها خلال فترات غير طويلة الأمد، وأن الطفل سيتجاوز مخاوفه وستتراجع الأعراض تدريجياً، وأن على الأهل تجاوز توقعاتهم السلبية تجاه الطفل والتأكيد على أهمية دورهم في تعزيز السلوك الإيجابي لمواجهة مخاوف الطفل. كما يجب توضيح ما يعنيه الانفصال للطفل، ومساعدة الأهل على تفهم الطقوس التي قد يتبعها الطفل وخاصة عند النوم.

يجب متابعة جلسة التثقيف النفسي بموعد للمراجعة بعد ٢-٤ أسابيع، ويجب التدخل على نحو أكبر حين تستمر الأعراض أكثر من ٣ أشهر وحين **تؤثر الأعراض في الحياة اليومية للطفل مسببةً ما يلي:**

- توتراً يؤثر في أفراد العائلة.
- غياباً عن المدرسة أكثر من أسبوعين.
- تحدد النشاطات وتجنب العلاقات الاجتماعية.
- عجز الأهل عن مساعدة الطفل على تجاوز أعراضه.

إضافةً إلى التثقيف النفسي تستخدم في مثل هذه الحالات وسائل علاجية أخرى تشمل التعاون مع المدرسة، والمعالجة النفسية والمعالجة الدوائية، وتبقى المعالجة النفسية الأساس في هذه المرحلة والمعالجة الدوائية مكملة لها، ولا داعي لإجراء أي فحص مخبري بهذه المرحلة إلا إذا اشتدت الأعراض.

التعاون مع المدرسة: يهدف التعاون مع المدرسة إلى تشجيع الطفل على عدم الغياب عن المدرسة وإلى التعاون مع المعالج النفسي ضمن المدرسة، وتحديد مواعيد معينة يستطيع فيها الطفل الاتصال بأهله عن طريق الهاتف. كما توضع بالتعاون مع إدارة المدرسة خطة لمساعدة الطفل عند شعوره بأعراض جسدية الشكل، وتتضمن هذه الخطة تحديد شخص ملائم يساعد الطفل على تجاوز هذه الأعراض، على ألا تتجاوز فترة الغياب عن الصف ١٥-٣٠ دقيقة. أما عند ظهور أعراض عضوية مثل الترفع الحروري فيجب الاتصال بالأهل.

تُقَيَّم جدوى التعاون مع المدرسة بعد ٢-٣ أسابيع، وتعد مخفقة حين وجود أعراض شديدة، أو حين تأثر الحياة العائلية تأثراً كبيراً، أو حين الغياب عن المدرسة أكثر من أسبوعين، أو استمرار الأعراض فترة تتجاوز ٣ أشهر مع المعالجة. كما أنها قد لا تكفي حين وجود عنف منزلي، أو وجود اضطراب مشارك مثل الاكتئاب أو اضْطِراب نَقْصِ الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط، أو حين عدم تمكن العائلة من تقديم العون على نحو ملائم.

يتوجب في مثل هذه الحالات شرح شدة الاضطراب لمدرسة الطفل، والتأكيد على ضرورة تعاون المدرسة مع الخطة العلاجية، كما يجب التفكير باللجوء إلى المعالجة النفسية والمعالجة الدوائية.

المعالجة النفسية: تستطب في معالجة الحالات الشديدة من الاضطرابات القلقية المعالجة المعرفية السلوكية [ر. المعالجات في الطب النفسي]، كما قد تفيد المعالجة ذات الاتجاه التحليلي، ولاسيما في الحالات المزمنة. وتطبق المعالجة النفسية بالتعاون مع العائلة لضمان نتائج التدخل العلاجي.

المعالجة الدوائية: حاصرات استرداد السيروتونين الانتقائية هي الخيار العلاجي الأول في معالجة الاضطرابات القلقية عند الأطفال والمراهقين، ولكن أدوية هذه الزمرة المناسبة للبالغين قد لا تكون مناسبةً للأطفال والمراهقين، وتتغير البراهين العلاجية المتعلقة بها باستمرار. لذلك يُنصح دائماً بالعودة على نحو متكرر إلى المراجعات المنهجية والإرشادات العلاجية المسندة بالبراهين لتحديد أفضل الأدوية المناسبة للأطفال والمراهقين. ولما كان بدء تأثير حاصرات استرداد السيروتونين الانتقائية يتطلب عادةً ٢-٣ أسابيع، وقد يتطلب ١٠-١٢ أسبوعاً حين معالجة اضطراب الوسواس القهري، فإنه يمكن إضافة أحد مشتقات البنزوديازيين في بدء المعالجة الدوائية ولفترة قصيرة يفضل ألا تزيد على أسبوعين أو ثلاثة أسابيع. ويفضل في هذا الصدد استخدام أحد المشتقات ذات العمر النصفي المتوسط مثل كلورازيبام Clorazepam.

يجب متابعة المعالجة بمضادات الاكتئاب الحاصرة لاسترداد السيروتونين الانتقائية مدة ٦ أشهر بعد تراجع الأعراض، مع توخي الحذر لتفادي إثارة نوبات هوسية بهذه الأدوية، ولاسيما حين وجود سوابق عائلية لاضطراب مزاج ثنائي القطب. كما يجب إيقاف المعالجة بحاصرات استرداد السيروتونين الانتقائية بالتدريج وفي فترة زمنية تمتد إلى عدة أسابيع لتفادي أعراض الامتناع كالغثيان والصداع والدوار.

٢- الاضطرابات المتعلقة بالرضح trauma وبالكرب stress:

يتعرض الأطفال لعديد من الرضوح النفسية المسببة للكرب، مثل موت أحد الوالدين أو طلاقهما أو مرضهما. كما قد يتعرضون على نحو أقل لتجارب رضحية ذات طبيعة

كارثية أو متكررة - كسوء المعاملة - تؤدي إلى إصابتهم باضطرابات انفعالية وسلوكية ومعرفية تتظاهر بأعراض مرضية.

يؤدي الرضح ذو الطابع الكارثي كالحرب والكوارث الطبيعية إلى إصابة بعض الأطفال - وليس كلهم - بمتلازمة الكرب التالي للرضح، كما يسبب في بعضهم أعراضاً اكتئابية أو أعراض قلق يصبح الطفل معها اندفاعياً وسَريع التَّهَيُّج وميالاً إلى المواجهة والتحدي بسلوكه اليومي. يزداد احتمال ظهور هذه الأعراض حين وجود سوابق مرضية مثل الاكتئاب واضْطِراب نَقْص الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط، وحين تعرض الطفل للخطر الجسدي. كما يتأثر حدوث الأعراض برد فعل الأهل وبمدى كفاية ما يقدمونه من دعم، وبإصابة أي منهم باضطراب نفسي أو بأعراض اضطراب الكرب التالي للرضح.

أ- اضطراب الكرب التالي للرضح post-traumatic stress disorder (PTSD): يحدث اضطراب الكرب التالي للرضح بعد التعرض لرضح شديد، إذ يشاهد في ١٥-٦٠٪ من الأطفال الذين يتعرضون لحدث راض، ويتراجع تلقائياً في ٤٠-٨٥٪ منهم، ولا يعرف لماذا يصيب بعضهم ولا يصيب غيرهم، كما لا يعرف لماذا تتراجع أعراضه تلقائياً في بعض الأطفال.

يعاني نصف الأطفال الذين تعرضوا للرضح أعراضاً خفيفة أو شديدة لها علاقة مباشرة بذلك الرضح، ويشخص اضطراب الكرب التالي للرضح حين توافر المعايير التالية:

- تعرض الطفل أو مشاهدته لحادث يسبب أو يهدد بحدوث الأذى أو الموت له أو لأي شخص آخر، ويرافق ذلك شعور شديد بالخوف والرعب وبالعجز عن المساعدة أو باضطراب السلوك.
- تكرار أفكار أو صور أو أحاسيس مرتبطة بالحدث الراض، وتكرر عيش الحدث.
- كوابيس متكررة قد تكون لها علاقة بالحدث.
- مشاعر خوف ورعب شديدة، وكأن الحدث الرضحي يحدث من جديد .
- مشاعر خوف ورعب شديدة عند الالتقاء بأشخاص أو المرور بأماكن تذكر بالحدث الرضحي.
- جهد فعال لتجنب المنبهات التي تذكر بالحدث، مثل المشاعر أو الأحاديث أو الأماكن أو الأشخاص، وعدم القدرة على استعادة الأحداث المتعلقة بالرضح.
- تناقص الاهتمام أو المشاركة بنشاطات متعددة كان يهتم بها الطفل قبل الحدث.
- الانفصال العاطفي والبرود الانفعالي.
- عدم التطلع إلى المستقبل، مثل عدم الاهتمام بما سيفعله بعد المدرسة، أو عدم التحدث عن مهنة كانت تستهويه وتهمه.
- أعراض فزيولوجية تحدث بعد الرض وتتضمن اضطراب النوم، وسهولة الاستثارة الشديدة ونوبات الغضب واضطراب التركيز.
- استمرار الأعراض السابقة أكثر من شهر.
- تأثر الحياة اليومية على المستوى الاجتماعي والدراسي.

ب- اضطراب الكرب الحاد: قد يحدث عقب تعرض الطفل لحادثة او تجربة تؤدي إلى الموت أو تهدد بحدوثه أو حدوث الأذى له أو لأي شخص آخر يرافقه شعور شديد بالخوف أو الرعب أو عدم القدرة على المساعدة واضطراب السلوك اضطراباً شديداً. ويشخص حين وجود الأعراض التالية:

- برود وتحدد عاطفي أو غياب الانفعالات.
- انخفاض الانتباه لما يحدث في المحيط.
- تبدد الشخصية depersonalization.
- غربة عن الواقع derealization.
- فقدان ذاكرة لكل ما يتعلق بالحدث (نساوة افتراقية dissociative amnesia).
- تكرار الحدث على نحو دائم بهيئة صور أو أفكار أو احلام أو انخداعات illusions، أو الشعور بمعايشة الحدث من جديد وظهور قلق شديد لكل ما يذكِّر بالحدث الراض.
- تجنب المنبهات التي لها علاقة بالحدث.
- أعراض شديدة للقلق وأعراض فيزيولوجية للقلق.
- تأثر الحياة الاجتماعية والدراسية؛ حتى عدم القدرة على طلب المساعدة مثلاً من العائلة.
- وقوع الحدث قبل اربعة أسابيع على الأكثر والأعراض يجب أن تتراجع خلال يومين وعلى الأكثر خلال أربعة أسابيع.
- يجب الا تكون الأعراض نتيجة تناول دواء ما، أو أعراض اضطراب ذهاني حاد، أو تكون أعراضاً مرضية سابقة للحدث الراض.

ج- اضطراب الإحكام (أو اضطراب التَّلاؤُم مَعَ المُحيط): تظهر الأعراض المرضية على مستوى السلوك أو على مستوى الانفعال بعد ثلاثة أشهر من التعرض لأحداث راضة، وتتظاهر هذه الأعراض المرضية إما عند التعرض من جديد للحدث الراض وإما بسبب اضطراب سير الحياة اليومية على المستوى الاجتماعي أو الدراسي، دون أن تكون لها علاقة بأي

اضطراب نفسي سابق ولا بتفاعل حداد، ويجب ألا تستمر أكثر من ستة أشهر.

التشخيص التفريقي:

تُعد شدة الأعراض واستمرارها من أهم المعايير التي تعتمد على وضع التشخيص مع العلم أن الأحداث الراضة المسببة لاضطراب الإحكام تكون عادة أقل شدة من الأحداث المسببة لمتلازمة الكرب التالي للرضح أو لاضطراب الكرب الحاد. ويجب أن تستمر الأعراض مدة شهر أو أكثر لوضع تشخيص متلازمة الكرب التالي للرضح، أما إذا استمرت أقل من شهر فيوضع تشخيص اضطراب الكرب الحاد، ولا تستمر أعراض اضطراب الإحكام أكثر من ثلاثة أشهر. كما تكون أعراض اضطراب الإحكام أخفّ وتشمل تبدد الشخصية والغربة عن الواقع.

يجب تفريق الاضطرابات الناجمة عن الرضح عن الحداد، وهو آلية طبيعية بعد وفاة أي مقرب للطفل وتتظاهر بالحزن، واضطراب النوم، وسلوك نكوصي، وتجنب الانفصال عن المقربين، وتتظاهر لدى المراهقين بفرط الاستثارة، وفرط الانفعالية والميل إلى الانعزال. وقد تستمر الأعراض السابقة عدة أشهر مع عدم الانقطاع عن المدرسة وممارسة كافة النشاطات اليومية.

يصبح الحداد مرضياً بالغياب عن المدرسة مدة أكثر من أسبوع، والانقطاع عن النشاطات اليومية والانعزال، وظهور أفكار انتحارية، ورفض الانفصال عن الأهل. وقد يرافق هذه الاضطرابات الاكتئاب أو اضطرابات القلق.

التشخيص السريري والتقييم:

يجب أولاً التأكد من أن الطفل قد تعرض لحدث راض، ويجب استجواب الطفل بمفرده من دون والديه وباستخدام مستوى لغوي يتناسب مع عمر الطفل، واستخدام أسئلة نوعية هنا أكثر فاعلية من استخدام أسئلة مفتوحة. فيسأل الطفل مثلاً:

- ❖ هل تعرضت للضرب أو للركل، ومتى تعرضت لذلك؟
- ❖ هل شاهدت أحداً يتعرض للضرب أو للركل؟
- ❖ هل ينتمي هذا الشخص لعائلتك أو هو من المقربين إليك؟
- ❖ هل شاهدت أحداً يتعرض للطعن أو للتشويه أو لإطلاق النار؟
- ❖ هل شعرت بالانزعاج من طريقة ملامسة شخص آخر لك، من هو هذا الشخص وهل لامسك بطريقة شعرت فيها أن هذه الملامسة هي تحرش جنسي؟
- ❖ هل لامسك أي شخص بمكان خاص مرتبط بالحشمة؟ من؟ متى؟ هل طلب منك عدم إخبار أي شخص آخر؟
- ❖ هل توفي شخص مقرب لك؟ من؟ متى؟ كيف حدث ذلك؟

وقد تستخدم في هذا الاستجواب بعض الاختبارات التشخيصية النوعية. ويجب الانتباه إلى احتمال حدوث محاولة انتحار.

المعالجة:

لا توجد ضرورة للمعالجة النوعية حين تكون الأعراض خفيفة الشدة ولم يمر على ظهورها إلا فترة وجيزة من الوقت، ولم تؤثر في متابعة الطفل نشاطاته اليومية على نحو طبيعي. يكفي في هذه الحالات الطلب من الأهل التعاطف مع الطفل والإصغاء إليه من دون الحكم عليه ومحاولة تغيير عواطفه ومشاعره، مع عدم تجنب الحديث عن الحدث الراض، ومع إعلام الأهل بأنه من الطبيعي حدوث البكاء والخوف والغضب بعد الحدث الراض، وأن الطفل قد يعاني أيضاً الشعور بالذنب.

يتوجب على الأهل إعلام الطفل بأن الأحداث الراضة قد تتكرر خلال الحياة، كما يتوجب عليهم تجنيب الطفل مشاهدة أفلام الرعب والعنف، والسماح للطفل بحضور مراسم الدفن إلا إذا أصرّ على عدم الحضور. ويجب ألا يحضر الأطفال تحت ثلاث سنوات مراسم الدفن. ويسمح للطفل بالنوم مع أهله إذا طلب ذلك مدة لا تتجاوز الأسبوع.

تصبح المعالجة ضرورية حين تكون الأعراض السريرية متوسطة الشدة، وحين تستمر أكثر من أربعة أسابيع. وتبدأ المعالجة بالتدخل مع المدرسة لمساعدة الطفل على متابعة دروسه وتشجيعه على عدم رفض المدرسة بالتعاون مع الأهل، ومع تفسير الأعراض للأهل وشرحها على نحو مفصل ومساعدتهم على مواجهتها، وتحديد الأشخاص أو الأماكن التي قد تثير الأعراض وعدم تجنب الحديث عنها.

يلجأ إلى المعالجة النفسية حين تكون الأعراض شديدة وتستمر أكثر من أربعة أسابيع وتؤثر في الحياة اليومية للطفل. كما يلجأ إليها حين وجود أفكار انتحارية، أو قصة سوء معاملة للطفل، أو اضطراب مزاج أو اضْطِراب نَقْصِ الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط. والمعالجة النفسية الأساسية هي المعالجة المعرفية السلوكية، ويمكن أيضاً استخدام إزالة التحسس بالخيال أو بالواقع، وتفضل الأخيرة.

٣- الاضطرابات جسدية الشكل:

تتظاهر الاضطرابات جسدية الشكل (وكانت تسمى

الأمراض النفسية الجسدية (psychosomatic) بأعراض جسدية لا تتطابق مع تشخيص الأمراض الجسدية المعروفة، وتسبب ازعاجاً للطفل ولعائلته ولاسيما بغياب تشخيص طبي دقيق لهذه الأعراض؛ فهي أعراض لا يتحكم بها الطفل على العكس من التمارض والاضطرابات المُفْتَعلة التي يتحكم الطفل بأعراضها. يصاب الطفل بأرق بدئي في بدء النوم، وكثيراً ما يصاب بالقلق والاكتئاب، وقد يرفض الذهاب إلى المدرسة، وتشتد الأعراض بوجود الآخرين.

يعتقد أن الاضطرابات جسدية الشكل تتعلق بطبع الطفل وتنجم عن تضخيم المشاعر الجسدية. ترافق هذه الاضطرابات على نحو عام صعوبةُ ربط المشاعر بمشاكل الحياة اليومية التي تثير تلك المشاعر، وصعوبة التعبير عن المشاعر لفظياً، وتظهر عادةً عقب أحد الحوادث الحياتية النوعية المسببة للكرب كالوفاة أو سوء معاملة الطفل، وقد تظهر الأعراض ذاتها في فرد آخر من أفراد العائلة.

التصنيف:

تشتمل الاضطرابات جسدية الشكل بحسب DSM-IV-TR على:

- اضطراب الألم pain disorder.
- اضطراب التحويل conversion disorder.
- اضطِراب تَشَوُّهِ الجِسْم body dysmorphic disorder.
- المُراق hypochondriasis.
- اضطِرابُ الجَسْدَنَة somatization disorder.
- اضطِرابات جَسَدِيَة الشَّكْل لَامُتَمايِزة undifferentiated somatoform disorders.

أ- **اضطراب الألم:** هو أكثر هذه الاضطرابات حدوثاً، إذ يصيب ١٠-١٥٪ من الأطفال والمراهقين، ويتظاهر بألم دائم أو متكرر، كألم البطن أو الصداع، غير مرتبط بأي اضطراب عضوي ولا يمكن تفسيره طبياً ولا يستجيب للدواء المستخدم في علاج هذه الآلام. ويؤثر هذا الألم في الحياة اليومية للطفل أو المراهق ويسبب إزعاجاً شديداً مما يؤدي إلى الغياب المتكرر عن المدرسة وإلى تعدد زيارات الأطباء وإلى عدم المشاركة في الحياة العائلية.

ب- يمتاز **اضطرب التحويل** بأعراض حركية أو حسية أو حشوية توحي بإصابة عصبية وتؤدي إلى خلل وظيفي ولا يمكن تفسيرها بموجودات فيزيولوجية. ويبلغ معدل انتشاره بين ١/١٠٠٠-٥/١٠٠٠، ويصيب الإناث أكثر من الذكور. ولا يسيطر المصابون عادة على أعراضهم فهم غير قادرين على إيقافها أو إطلاقها.

تتظاهر الأعراض الحركية بنوب غير صرعية نفسية المنشأ psychogenic nonepileptic seizures تحدث على نحو نوبي مفاجئ (دراماتيكي) تتضمن الوقوع مع حركات الطرفين العلويين والسفليين والجذع تشبه النوبات الصرعية وقد تستمر مدة ١٥ دقيقة وأحياناً ساعات خلافاً للنوبات الصرعية التي لا تتجاوز مدتها دقيقتين إلى ثلاث دقائق. وخلافاً للنوبات الصرعية؛ يجيب الطفل عادة عن الأسئلة في أثنائها، ولا يوجد انفلات مصرات ولا شلل تالٍ للنوبة، ولا تحدث أذية جسدية بسببها، ولا ترافق النوبة تبدلات في تخطيط الدماغ الكهربائي ولا ارتفاع مستوى برولاكتين المصل. ولكن يجب الانتباه إلى أن بعض الأطفال المصابين بالصرع المؤكد بالتخطيط الكهربائي للدماغ قد يبدون نوبات جسدية الشكل خارج نوباتهم الحقيقية.

تشتمل الأعراض العصبية الحركية التحويلية أيضاً على شلل أحد الأطراف أو أكثر من طرف، وعلى حركات غير إرادية لا تتطابق مع أي اضطراب حركي معروف، وعلى تَعَذّر المَشْي وتَعَذُّر الوُقُوف abasia astasia الذي يظهر بصورة مشية مترنحة ترافقها حركات ارتجاجية تمنع الطفل من الوقوف أو السير.

أما الأعراض العصبية الحسية التحويلية فتتضمن غياب حس الأطراف على نحو لا يتماشى مع مسار الأعصاب المحيطية، والعمى المتقطع عادةً مع المحافظة على تفاعل الحدقتين للنور، ومع تفادي الطفل الاصطدام بالأشياء المحيطة عندما يسير على الرغم من ادعائه أنه لا يرى. ومن الأعراض الحشوية التحويلية: القياء النوبي واللُقْمَة الهِستيرِيَّة globus hystericus.

ج- يتميز **اضطِرابُ تَشَوُّهِ الجِسْم** بانشغال وانزعاج شديدين وخلل في مظهر الشخص يغلب أن يتعلق بالجلد أو بالوجه، وقد يكون هذا الخلل مُتخيّلاً أو تافهاً ولا يستحق ما يُوَظِّفُ فيه من مشاعر واهتمام، وما ينتج منه من تجنب العلاقات الاجتماعية. يبدأ هذا الاضطراب عادة عند المراهقة وعلى نحو أقل في أثناء الطفولة، ويعده بعضهم صورةً من صور الاضطراب الوسواسي القهري. ويراجع المصابون به عادةً أطباء الجلدية على نحو خاص.

د- **المُراق:** هو اهتمام وانشغال شديد مدة لا تقل عن ٦ أشهر بأعراض جسدية يعتقد المصاب بها أنها نتيجة مرض خطير أو أنها تشكل تهديداً لحياته. فيعتقد الطفل أو المراهق المصاب أن الشعور بضربات قلبه تعدُّ مشعر للإصابة بنوبة قلبية، ويعتقد المصاب بأن أي خدش ولو بسيط قد يؤدي

إلى إنتان شديد وبالتالي قد يعرضه - إذا كان على مستوى أي طرف - لفقدان هذا الطرف. فأي شعور غامض قد يعني الإصابة بمرض خطير، ولا تفيد زيارات الأطباء المتعددة في تراجع هذا الاضطراب. من الضروري أن يشرح للأهل هذا الاضطراب وآلياته للتخفيف من شدة قلقهم.

هـ- عُرِفَ اضْطِرَابُ الجَسْدَنَة سابقاً باسم مُتَلَازِمَةُ بريكيه Briquet's syndrome، ويبلغ معدل انتشاره عند الإناث ٢,٠٪-٢٪، وعند الذكور ٢,٠٪، ويتطلب تشخيصه توافر الشروط التالية عند الأطفال أو المراهقين:

- قصة شكاوى جسدية متعددة مدة سنتين لا يفسرها أي اضطراب أو مرض جسدي.
- وجود ٦ أعراض أو أكثر في جهازين مختلفين من الأجهزة التالية: الهضمي، الوعائي، القلبي، البولي، أو الجلد، ويرافق هذه الأعراض الألم.
- يؤدي الانشغال بهذه الأعراض إلى انزعاج شديد وشعور بعدم الراحة، مع عدم إمكان تهدئة المصاب وطمأنته على الرغم من تأكيد الأطباء على عدم وجود إصابة عضوية.

و- تتألف الاضْطِرابات جَسَدِيَّة الشَّكْل اللامُتَمايِزَة من متلازمة التعب المزمن chronic fatigue syndrome والألم العضلي الليفي fibromyalgia والتحسس الكيميائي المُتَعَدِّد multiple chemical sensitivity. وهي متلازمات جسدية وظيفية غير مفسرة طبياً ومجهولة السبب، يكثر حدوثها في الطبقات الاجتماعية العليا، تبدأ عند المراهقة وقد تستمر سنوات، وتصيب الإناث أكثر من الذكور، ولا توجد فحوص مخبرية مشخصة لها. ومن الشائع جداً أن يرافق هذه الاضطرابات القلق أو الاكتئاب.

يجب أن يعلم الطبيب أن من الطبيعي استمرار تظاهر عرض ما فترة قصيرة بعد أي إصابة لدى الطفل (مثل العرج لفترة قصيرة بعد إصابة الطرف السفلي)، ذلك لأن الطفل يستمتع بالاهتمام الزائد من قبل والديه. ويشتكي الأطفال ما قبل المراهقة آلاماً بطنية أو صداعاً في حين يشتكي المراهقون آلاماً عضلية أو عصبية في الطرفين. ويعبر المراهقون عن بعض اضطراباتهم العاطفية أو الانفعالية جسدياً. وهناك ارتباط بين القلق والحساسية للألم. وتظهر اضطرابات القلق والاكتئاب على نحو أكبر في عائلات الأطفال الذين يشتكون من آلام جسدية. ويرافق سوء معاملة الأطفال جنسياً زيادة احتمال حدوث الشكاوى جسدية الشكل في هؤلاء الأطفال، ويصاب المراهقون الذين تعرضوا للاستغلال الجنسي بأعراض جسدية الشكل أكثر من المراهقين الذين لم يتعرضوا لذلك. ويزيد وجود إصابة عضوية مشخصة سابقاً من احتمال ظهور أعراض جسدية الشكل.

التقييم السريري:

يرتاد هؤلاء الأطفال عيادات الأطباء على نحو متكرر وبتواتر سريع، ويكون الفحص السريري فيهم طبيعياً أو لا يتلاءم مع شكاوى الطفل، لذلك لا يجب التسرع بإجراء استقصاءات مخبرية غير ضرورية، كما يجب تجنب الاستقصاءات الطبية المتعددة للوصول "إلى جواب" عن الأسباب لأن ذلك يزيد قلق الطفل وأهله، ويؤهب لظهور اضطرابات بالسلوك كما يزيد من صعوبة إيجاد الحلول الملائمة.

توجه القصة المرضية إلى احتمال تشخيص اضطراب جسدي الشكل حين وجود قصة عائلية لأعراض جسدية مشابهة، وقصة سوء معاملة جنسي للطفل، وبوجود كروب حياتية يومية، وحين تزداد أعراض الطفل بوجود الآخرين، وحين لا توقظ هذه الأعراض الطفل من نومه، وحين تكون الأعراض ثابتة لا تتطور ولا تتغير بشدتها ولا تتأثر بتغيير المحيط.

ويجب الشك باضطراب جسدي الشكل عندما تصعب طمأنة الأهل، وعندما تتعدد الزيارات لعدة أطباء وتتعدد الانتقادات الموجهة إليهم. ويجب في أثناء التقييم السريري توخي الحياد، وتفهم الطفل وأهله وعدم الحكم عليهم، فقد يزيد ذلك من قلقهم. ومن الضروري استبعاد اضطرابات القلق والاكتئاب، وتساعد الأسئلة التالية الموجهة إلى الأهل على ذلك:

- برأيكم ما هو سبب هذه المشكلة؟
- هل هناك مرض معين تفكرون به، وإذا كان كذلك هل تعرفون أحداً أصيب بهذا المرض؟
- بماذا حاولتم أن تساعدوا طفلكم للتخفيف من أعراضه؟
- هل فكرتم باللجوء إلى طرائق غير تقليدية؟
- هل من الممكن أن تكون هذه الأعراض رد فعل على ضغوط معينة؟
- هل لدى أحد أفراد العائلة أعراض كالأعراض التي يبديها الطفل؟

من المفيد الطلب من الأهل والطفل تسجيل الأعراض يومياً عدة أسابيع، على أن يتضمن التسجيل تاريخ حدوث العرض الجسدي ومكانه، وتواتره واستمراريته، وشدته على

سلم علامات من ٠ إلى ١٠، ونوعيته ووصفه، وتأثيره في المزاج وفي النشاطات اليومية. ويجب الاتفاق مع الأهل بعد تحديد التشخيص على الالتزام بمرجع طبي وحيد لمتابعة هذا الاضطراب ومراقبته ومعالجته، لتجنب تعدد التدخلات ولطمأنة الأهل والطفل.

المعالجة:

لا ضرورة للمعالجة النفسية أو الدوائية إذا دامت الأعراض فترة قصيرة (أياماً إلى أسابيع)، لأن تحسن هذه الأعراض محتمل بفعل أي تداخل، ولاسيما إذا لم تؤثر شكاوى الطفل في نشاطاته الاعتيادية ولا في الحياة العائلية اليومية ولا في ذهاب الطفل إلى مدرسته. يجرى فحص جسدي سريري لاستبعاد أي مرض عضوي، وتطلب فقط الفحوص المخبرية الضرورية.

يكفي التثقيف النفسي في هذه المرحلة لكي يتفهم الأهل والطفل أن الأعراض هي أعراض مرضية حقيقية وليست "إرادية أو مصطنعة"؛ فارتباط الجسد بالنفس ارتباط حقيقي ويمكن توضيح هذا الترابط بالأمثلة كتسرع القلب عند الشعور بالقلق أو بالخوف. يجب طمأنة الأهل بأن هذه الشكاوى لا تُعرِّض الحياة للخطر، وأنه من الضروري متابعة الحياة اليومية على نحو اعتيادي، مع تشجيع الطفل أو المراهق على التعبير عن مشاعره لفظياً. ويعاد تقييم الحالة بعد شهر.

تستطب المعالجة النفسية (المعالجة المعرفية السلوكية والمعالجة العائلية)، وقد تستطب المعالجة الدوائية حين يتغيب الطفل عن المدرسة أكثر من أسبوع، أو تتأثر علاقة الطفل بوالديه ورفاقه بهذا الاضطراب، أو تبدو عائلة الطفل قلقة بوجود الأعراض لدى الطفل. يجب استبعاد الأمراض العضوية واضطرابات القلق والاكتئاب، وتحديد أهداف واقعية للمعالجة، مثل العودة إلى المدرسة وتحسين العلاقات ضمن الأسرة وتحسين العلاقة بالأصدقاء. ويتم ذلك بالتعاون مع المدرسة لتسهيل عودة الطفل إليها ولتحديد مرجع للطفل يمكنه الاستعانة به في أثناء وجوده بالمدرسة (مثل الأختصاصي النفسي أو المشرف التربوي) ولتحديد الأعراض التي تستدعي إعلام الأهل (مثل ارتفاع الحرارة، أو اشتداد الأعراض)، يعاد تقييم الحالة كل أسبوعين وبانتظام.

إذا أخفقت الخطوات السابقة تصبح المعالجة متعددة الاختصاصات ضرورية إذا غاب الطفل عن المدرسة عدة أسابيع، أو حين اضطراب العلاقات الاجتماعية على نحو شديد، أو اضطراب أفراد العائلة ووجود خلافات عن المشكلة المطروحة. تتم في هذه المرحلة الاستفادة من فريق متعدد الاختصاصات يتضمن معالجاً نفسياً يتعاون مع المرشد النفسي في المدرسة، والمعالجة النفسية المستخدمة هي المعالجة السلوكية المعرفية. وقد يستفيد بعض الأطفال من المعالجة النفسية الديناميكية (التحليلية) [ر. المعالجات في الطب النفسي].

أما المعالجة الدوائية فقد تفيد في اضطرابات القلق أو الاكتئاب إن وجدت، ولكن لا توجد دراسات تؤكد فائدة الأدوية في معالجة الاضطرابات جسدية الشكل. وقد تساعد بعض مسكنات الألم أو مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية أو مضادات الاختلاج على التخفيف من الألم في بعض الحالات ولاسيما في المدمنين أو المصابين بمتلازمة التعب المزمن.

٤- اضطرابات خاصة بمرحلة الطفولة والمراهقة:

أ- اضطِرابُ التَّصَرُّف conduct disorder:

هو التصرف بعدوانية تتظاهر بمجموعة من السلوكيات تشمل ثورات الغضب والمجابهة والمجادلة العدوانية العقيمة وفرض السطوة على الآخرين وتخريب الممتلكات. تشاهد التصرفات العدوانية عند الذكور أكثر من الإناث، ولا تظهر على نحو مفاجئ بل تتطور وفق مراحل زمنية، وتعد نتيجة للحرمان والغضب، وتتأثر على نحو كبير بطريقة تجاوب الأهل تجاهها. ويزداد احتمال حدوث التصرفات العدوانية عقب التعرض للعنف كالعقاب الجسدي، وبعد مشاهدة أفلام العنف. ويتعلم الطفل السيطرة على تصرفاته العدوانية بعمر ٦ سنوات، أما استمرار هذه التصرفات بعد عمر ٦ سنوات فيزيد احتمال اشتدادها في فترة المراهقة. وتستدعي تصرفات الطفل العدوانية التدخل عندما تستمر أكثر من ١٠-١٥ دقيقة، وحين تكون متكررة، وحين ترافق الضرب المبرح وإيذاء الذات.

يزداد احتمال حدوث اضطراب التصرف عند الأطفال المصابين باضطرابات نفسية أو عصبية مثل اضطِراب نَقْصِ الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط، واضطراب المزاج ثنائي القطب عند المراهقين، والرض الدماغي، وتأخر الكلام والنطق، واضطرابات التَّعلُّم. كما يزداد احتمال حدوثه بوجود سوء استخدام العقاقير وانخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي.

التقييم: يبدأ تقييم الحالة بالاستفسار أولاً من الأهل عن طبيعة اضطراب التصرف، وعن فترات حدوث التصرفات العدوانية مثل الكلام البذيء أو الضرب أو الركل أو إيذاء الذات والآخرين، فتسجل التصرفات الأكثر ظهوراً، وتواتر

حدوثها (عدة مرات باليوم - مرة بالأسبوع - مرة باليوم - مرة إلى مرتين بالشهر - أقل من مرة بالشهر)، وهل يؤذي الطفل خلالها نفسه أو الآخرين، وهل تغير تواترها خلال الأشهر الستة السابقة زيادةً أو نقصاً، وكم تستمر في كل مرة (أقل من ٥ دقائق - أقل من ١٥ دقيقة - أكثر من ١٥ دقيقة - من ٣٠ لـ ٦٠ دقيقة - أكثر من ٦٠ دقيقة)، وماذا يفعل الأهل لتهدئة الطفل (عزله - الاقتراب منه - محادثته)، وما هي أسباب ظهور التصرف العدواني (الانتقال من نشاط إلى آخر - تغيير الرتابة (الروتين) - وضع حدود وأطر للسلوك - الاستثارة الزائدة كالصوت العالي - الحرمان - الاختلاط الطويل بأطفال آخرين)، وما رأي الأهل بسبب هذا الاضطراب (الوراثة - نوع الغذاء - اضطراب النوم - التوتر - الأذية الدماغية - الحساسية - الصرع - عدم القدرة على التعبير - انعدام الأطر والقانون داخل المنزل)، وهل يعتقد الأهل بإمكان تطبيق القوانين والقواعد داخل المنزل، وهل يشرح الأهل هذه القوانين للطفل، وهل يؤمن الأهل أن المشكلة السلوكية هي نتيجة للقواعد المفروضة، وهل يقبل الأهل عدم تطبيق هذه القواعد ويتسامحون عند اختراقها؟

يتم بعد ذلك تقييم الطفل، ويجب حينها عدم استثارته وتجنب لومه عند استيضاح تصرفاته العدوانية، كما يجب بدء الاستثارة بالتصرفات الأقل شدة، فيسجل تاريخ بدء كل تصرف وشدته وسببه وطرق معالجته، إضافةً إلى نفي الأسباب الطبية.

المعالجة: يكفي التثقيف النفسي إذا كانت التصرفات العدوانية خفيفة الشدة عند طفل عمره أقل من ست سنوات، وإذا كانت تلك التصرفات متباعدة وتحدث فقط بوجود اضطراب انفعالي أو أسباب مثيرة.

يتم التثقيف النفسي بالتعاون مع الأهل بغية التحقق من عدم وجود عوامل اجتماعية محيطة مثل سوء المعاملة، وعدم وجود اضطراب معرفي أو صعوبات تعلم أو تأخر دراسي عند الطفل. كما يتم التحقق من سلوك الأهل والتزامهم بالقوانين والقواعد في حياتهم، ومن طريقة تعاملهم مع اضطراب تصرف الطفل (العزل، ثبات الاستجابة، التوقعات الواضحة، تعزيز السلوك الإيجابي). يضاف إلى ذلك التحقق من علاقة المراهق بأهله على الرغم من ميله إلى الاستقلالية، ومراقبة البرامج التلفزيونية والنشاطات التي يقوم بها الطفل، وعدم وجود أسباب نفسية أو عصبية.

إذا لم يكن هناك حاجة إلى المتابعة المنتظمة يطلب من الأسرة مراجعة العيادة بعد شهر إلى ثلاثة أشهر، ولكن المتابعة المنتظمة تصبح ضرورية إذا ازداد تواتر التصرفات العدوانية ونتجت عنها نتائج سلبية داخل المنزل وخارجه. يتم حينها الاتفاق مع الأهل على خطة معالجة سلوكية تتضمن وضع قائمة بالتصرفات الجيدة والسيئة التي تتطلب التداخل، وانتقاء تصرف أو اثنين لبدء التعامل معه، من دون الحكم على الطفل مسبقاً، وبإشراك الطفل في وضع خطة واقعية للمكافأة وللعقاب وفي مراقبة نتائجها، مع تأكيد تطبيق العقاب أو المكافأة بعد التصرف مباشرةً، ومع إشراك الأخوة بالبرنامج المطبق.

يتطلب ذلك استطلاع رأي الأهل عن التصرفات العدوانية وتشجيعهم على مواجهتها وعدم إنكارها. كما يتطلب شرح هدف التدخل السلوكي لكلٍ من الأهل والطفل بهدف تشجيع الطفل على السيطرة على سلوكه وتحسين علاقته بالآخرين فالغاية ليست معاقبة الطفل بل تعليمه، فالعقاب يدفع الطفل للكذب وإخفاء ما حدث، في حين تهدف المعالجة إلى تعليم الطفل وضع قيود ذاتية لتصرفاته بغياب أهله.

أما إذا لم يكن لدى الطفل شعور بوجود مشكلة، أو أصرّ الأهل على إنكار المشكلة، أو استمر اضطراب التصرف على نحو يعدُّ خطراً على الطفل وعلى من حوله، أو ظهر سلوك مضاد للمجتمع مثل السرقة المتكررة أو إشعال النار أو إيذاء الحيوانات، فيتوجب اللجوء إلى المعالجة الاستعرافية وإلى المداواة النفسية، مع العلم أن المداواة النفسية ليست المعالجة الأساسية للعدوانية.

ب- رفض المدرسة school refusal:

يعرف رفض المدرسة على أنه الغياب عن المدرسة المستمر وغير المسوّغ، وتقدر نسبة وقوعه بنحو ١-٣٪ من التلاميذ كل سنة دراسية، ويكثر حدوثه حين الانتقال من المدرسة الابتدائية إلى الإعدادية ومن المدرسة الإعدادية إلى الثانوية. يبدي ٧٥٪ من الأطفال الذين يرفضون الذهاب إلى المدرسة أعراض اضطرابات القلق، إذ يرغب الطفل بالذهاب إلى المدرسة ولكنه لا يستطيع القيام بذلك بسبب قلق الانفصال أو الاكتئاب أو وجود مريض في العائلة، أو يرغب الطفل بالبقاء في منزله تجنباً للمدرسة بسبب ما يعانيه من مشاكل دراسية أو لأنه يجد بيئة المدرسة غير آمنة. وقد يتغيب الطفل عن المدرسة بغية الاستمتاع بنشاطات أخرى، إذ يتغيب عن المدرسة ١٪ من الأطفال قبل سن المراهقة و ٢-٣٪ من المراهقين بسبب اضطِراب التَّصَرُّف أو بسبب تعاطي المواد.

ينجم رفض المدرسة عن عوامل فردية وعوامل عائلية وعوامل مدرسية. تشتمل العوامل الفردية عند الطفل على

الأمراض العضوية والاضطرابات النفسية وفقدان أحد أفراد العائلة بالوفاة أو الطلاق أو السفر. وتشتمل العوامل الفردية عند المراهق على الاضطرابات النفسية (اكتئاب، ذهان) واضطراب التصرف والإدمان. وتتضمن العوامل العائلية لدى الطفل على إصابة الأهل باضطرابات القلق أو بالذهان أو بالإعاقة، وخوف الأهل من العنف أو المخاطر الأخرى. أما عند المراهق فتتضمن العوامل العائلية عدم متابعة الأهل للمراهق وإدمان الوالد أو الوالدة. وتشتمل العوامل المدرسية لدى الطفل على اضطرابات التعلم (تَخَلُّفٌ عَقْلِيّ، عَجْزُ التَّعَلُّم) وضعف مستوى الفريق (الكادر) التعليمي وانعدام أمن بيئة المدرسة والكرب الناجم عن ضغط الأقران وخجل الطفل. أما عند المراهق فإن العوامل المدرسية تتضمن الإخفاق الدراسي وضعف مستوى (الكادر) التعليمي وغياب الوسائل التعليمية التخصصية.

التقييم: يجب مقابلة أهل الطفل والطفل كل على حدة، ويجب إجراء فحص عضوي كامل لنفي أي مرض جسدي.

يهدف تقييم الطفل إلى توثيق الغياب عن المدرسة (عدد الأيام، تحديد الأيام، هل حدث ذلك بصفوف سابقة، هل توجد أعراض نفسية بالمدرسة تختفي بالمنزل، هل تتظاهر أعراض نفسية بنهاية عطلة الأسبوع أو بعد العطل)، ومشاعر الطفل لغيابه عن المدرسة، وهل ينكر المشكلة، والرض (هل تعرض الطفل لحدث راض، هل تعرض لسوء معاملة، هل حدث طلاق أو وفاة أو سفر أحد الوالدين) وموقف الأهل (ما ردة فعل الوالدين، من يبقى بالمنزل مع الطفل) والأسباب التي يعلل بها الطفل غيابه (الخوف، الذعر، شكوى عضوية، رفض المعلم، الخوف من زملائه، مشاكل بحافلة المدرسة). ويضاف إلى ماسبق عند تقييم المراهق الاستفسار عما يفعله عند غيابه عن المدرسة (الالتقاء بأصدقائه، التسوق، العمل...) وما إذا كان يتعاطى مواد أو كان لديه اضطراب تصرف، وما إذا كان البرنامج المدرسي بشقيه الأكاديمي (العلمي) والمهني يحقق طموحات المراهق، وما إذا كان المراهق يتجنب شيئاً معيناً في المدرسة (المستوى الاجتماعي، العلاقات العاطفية، مادة دراسية معينة).

يجب استيضاح الأهل عن أداء الطفل المدرسي وعن سلوكه وعن رغبتهم بإبقائه في المنزل خوفاً من تعرضه للعنف أو للمخدرات أو لغيرها، وعن رغبة الأهل بإيجاد حل لما يعانون من قلق انفصال. ويستكمل التقييم باستيضاح المدرسة عن تجاوب الأهل وتعاونهم مع الفريق التعليمي، وعن تقييم الطفل على المستوى العلمي (الأكاديمي) والسلوكي، وعن المقترحات المطروحة لحل المشكلة.

المعالجة: تهدف المعالجة إلى عودة الطفل إلى المدرسة بأسرع ما يمكن باستخدام مقاربة حازمة ومتفهمة، ويفضل أن يعود الطفل إلى المدرسة على نحو متدرج، مع مشاركة الطفل على نحو فعال بالخطة المتبعة.

يستطب دخول المستشفى بوجود اضطراب عضوي شديد أو اضطراب ذهاني أو خطر الانتحار، وحين وجود سوء معاملة للطفل.

إذا كانت الحالة خفيفة، مثل الغياب لأيام قليلة متباعدة عند طفل سليم نفسياً ونتائجه الدراسية ملائمة وعائلته متعاونة، تكفي مناقشة الأهل والطفل لمراجعة العوامل المسببة وطمأنة الأهل. ويشجع الطفل في هذه الحالة على العودة إلى المدرسة بلغة حازمة مع الطلب من الأهل اتخاذ موقف حيادي من دون الدخول مع الطفل بأي مناقشات لمحاولة إقناعه. وتركز مناقشة الطفل على من يجب أن يلتقي بالمدرسة ومن يجب أن يحاور من أساتذته، مما يعزز نجاح عودته إلى المدرسة، ثم يتم تعزيز النجاح برسالة تشجيع أو بمكالمة هاتفية.

ج- اضْطِرابُ نَقْصِ الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط attention-deficit hyperactivity disorder(ADHD):

اضْطِرابُ نَقْصِ الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط حالة مرضية سلوكية يتم تشخيصها لدى الأطفال والمراهقين، وهي تعزى إلى مجموعة من الأعراض المرضية التي تبدأ في مرحلة الطفولة وتستمر لمرحلة المراهقة والبلوغ، وتؤدي هذه الأعراض إلى صعوبات في التأقلم مع الحياة في المنزل والشارع والمدرسة وفي المجتمع بصفة عامة اذا لم يتم التعرف عليها وتشخيصها وعلاجها.

اضْطِرابُ نَقْصِ الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط هو اضطراب شائع وتزيد نسبة انتشاره في الذكور بمعدل ٣-٩ أمثال عما في الإناث. ومع أن الاضطراب يحدث في المراحل العمرية المبكرة إلا أنه قليلاً ما يتم تشخيصه لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، وهو حالة طبية مرضية أطلق عليها في العقود القليلة الماضية عدة تسميات منها متلازمة النشاط الزائد والتلف الدماغي البسيط والصعوبات التعليمية وغير ذلك. وهو ليس مجرد زيادة في مستوى النشاط الحركي، بل حالة مرضية تجمع أعراضها في ثلاث مجموعات هي نقص الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية، وتختلف شدة هذه الأعراض من طفل إلى آخر وتصبح أكثر وضوحاً مع بدء الذهاب إلى المدرسة.

يعد **نقص الانتباه** من أكثر أعراض هذه الحالة انتشاراً، ويكون الطفل غير قادر على التركيز والتذكر والتنظيم، فيظهر وكأنه غير مهتم بما يجري حوله ويجد صعوبة في بدء ما يقوم به من أعمال وإكمالها، ولاسيما إذا كانت رتيبة أو متكررة أو كانت تتطلب التفكير. كما يبدو الطفل وكأنه لا يسمع النداء أو الحديث، ولا ينفذ الأوامر المطلوبة منه، ويفقد أغراضه، وينسى أين وضع كتبه وأقلامه وحاجياته الأخرى.

يتصف **فرط الحركة** بصعوبة الاستقرار، فلا يستطيع الطفل أن يجلس بهدوء أبداً سواء في غرفة الصف أم على مائدة الطعام أم في السيارة أم في الأسواق، بل يبقى متململاً ويجري في كل مكان ويتسلق كل شيء ويكثر الكلام بلا هدف محدد، كما يصعب عليه التأقلم واللعب مع الأطفال الآخرين. وتختلف الصورة في المراهقين والبالغين، فلا تظهر الأعراض الحركية بالدرجة والوضوح التي تظهر بها في الأطفال، ولكن يُلاحظ تململهم الشديد، فلا يجدون متعة في القراءة أو في مشاهدة التلفاز أو في ممارسة الأنشطة التي تحتاج إلى الهدوء والسكينة.

الأسباب: اضْطِرابُ نَقْصِ الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط من أكثر الإعاقات السلوكية النمائية التطورية شيوعاً، ويوصف هذا الاضطراب بالتطوري لأنه عجزٌ ناجمٌ عن تأخر أو نقص نمو المخ في مرحلة الحمل وخلال مراحل نمو المخ التالية، وينتج منه ضعف في السيطرة على النفس تظهر أعراضه على شكل سلوكيات. وليس هناك سبب واضح ومحدد لحدوث هذا الاضطراب، ولكن هناك اتفاق بين العلماء على أن الحالة تحدث نتيجة لأسباب نمائية في الجهاز العصبي لم يتم التوصل إلى معرفتها وتحديدها بعد، وقد أثبتت الدراسات الحديثة أن المشكلة تكمن في ضعف النواقل العصبية على التخصيص في الفص الجبهي، وتلقى هذه الفرضية دعماً من استجابة الأطفال المصابين للعلاج الدوائي بالأدوية المنبهة النفسية، ومن كشف نقص نشاط الفص الجبهي بالتَّصْوير المَقْطَعي بِالإِصْدار البوزيتروني (PET scan) وإمكان تعديل هذا النشاط المخي باستخدام الأدوية المنبهة النفسية.

ويمكن تصنيف الأسباب المؤدية إلى حدوث اضْطِراب نَقْصِ الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط إلى أسباب وراثية وجينية، وأسباب عضوية، وأسباب نفسية وأسباب بيئية. للوراثة شأن مهم في حدوث المرض، ولكن لم يتم حتى الآن اكتشاف الجين المسؤول عنه. فقد أثبتت الدراسات توافق حدوث الاضطراب لدى التوائم بنسبة عالية تصل إلى ٨٠٪، كما أظهرت إحدى الدراسات أن ٢٥٪ من والدي هؤلاء الأطفال لديهم اضْطِراب نَقْصِ الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط، كما لوحظ وجود الاضْطِراب لدى أفراد آخرين من العائلة، إضافةً إلى زيادة معدل انتشار الأمراض السلوكية والنفسية بينهم مثل الاكتئاب واضطراب التصرف وغيرها.

أما **الأسباب العضوية**، فقد كان يعتقد سابقاً أن سبب حدوث اضْطِراب نَقْصِ الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط هو خَلَلٌ وَظيفِيٌّ دِماغِيٌّ بَسيط minimal brain dysfunction، ولكن لم يثبت حتى الآن أن مثل هذا الخلل يترافق وقصور الانتباه. ويقال إن السبب هو تأخر نضج الجهاز العصبي لأن بعض الأطفال يتحسنون مع الوقت نتيجة نضج أجهزتهم العصبية، كما يقال إن السبب هو تأذي الجهاز العصبي في أثناء الحمل والولادة نتيجة مرض الأم أو تناولها بعض الأدوية في أثناء الحمل، أو نتيجة مضاعفات الولادة. ومن الأسباب العضوية المحتملة أيضاً إصابة الجهاز العصبي في فترة نضجه بعد الولادة نتيجة التعرض لبعض السموم مثل الرصاص، أو نتيجة التهابات المخ أو رضوضه.

وتتضمن **الأسباب النفسية** الحرمان العاطفي للأطفال، واضطراب الجو العائلي والاضطرابات النفسية، إذ قد يرافق اضْطِراب نَقْصِ الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط صعوبات التعلم والتَّوَحُّد و القلق والاكتئاب والصُّمات الانْتِخابِيّ واضطراب التصرف واضطراب المعارضة والعصيان oppositional defiant disorder.

التشخيص: يتم التشخيص بالفحص الطبي النفسي الشامل، وقد يستكمل التقييم الطبي والنفسي بتطبيق معايير مقننة لكل مرحلة عمرية، وتتم متابعة الطفل لملاحظة التغيرات التي تحدث وتسجيلها من قبل الوالدين والمدرسين وغيرهم ممن يقوم برعاية الطفل.

تَتَّضح من تنوع الأسباب الممكنة لحدوث اضْطِراب نَقْصِ الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط ضرورة أن يكون الفحص الطبي النفسي للطفل شاملاً يبدأ بأخذ القصة المرضية والسوابق الشخصية والقصة العائلية متضمنةً ظروف الطفل العائلية والاجتماعية والبيئية، وتسجل المعلومات التالية:

- ظروف الحمل والولادة (أمراض الأم في أثناء الحمل، مضاعفات الولادة، وزن الطفل حين الولادة وطوله ومحيط رأسه وحالته الصحية العامة)
- السوابق المرضية للطفل (الأمراض العضوية و النفسية، نقاط العلام التطورية، عادات النوم والعادات الغذائية)
- سلوك الطفل وشخصيته (سمات السلوك، العلاقة

بالأقران وبأفراد العائلة، الطبع المسيطر، المشاكل السلوكية).

◆ القصة المدرسية (المستوى العلمي، أداء الواجبات المدرسية، العلاقة بالزملاء وبالمدرسين، المشاركة بالنشاطات المدرسية الفنية والرياضية).

◆ القصة العائلية (عمر الوالدين وتعليمهما وعمل كل منهما والقرابة بينهما، أعمار الأخوة والأخوات وأمراضهم والمستوى التعليمي لكلٍّ منهم، السوابق الطبية النفسية، السكن ودخل العائلة).

يتم بعد ذلك فحص الطفل فحصاً سريرياً يبدأ بقياس مشعرات النمو (الطول والوزن ومحيط الرأس) ثم فحص الجملة العصبية المركزية وفحص بقية أجهزة الجسم. وتطلب الفحوص المخبرية حين الشك ببعض الحالات المرضية، مثل اختبارات وظائف الغدة الدرقية، أو تخطيط الدماغ الكهربائي، أو تصوير الدماغ الشعاعي، أو بالرنين المغنطيسي.

المعالجة: لا توجد معالجة شافية لاضْطِراب نَقْصِ الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط، ولكن يمكن ضبط الأعراض بطرق علاجية تتضمن: المعالجة الدوائية، والمعالجة الغذائية، وبرامج تعديل السلوك، والبرامج التربوية، وبرامج الإرشاد الأسري.

(١)- المعالجة الدوائية: تعد المنبهات النفسية من أفضل العلاجات الدوائية وأكثرها أمناً، وأكثر هذه الأدوية استخداماً هو ميثيل فينيديت methylphenidate وهو الدواء الوحيد المتوافر في سوريا، وهناك أدوية منبهة أخرى مثل دكستروأمفيتامين dextroamphetamine. وتتوافر لبعض هذه الأدوية مستحضرات مديدة التأثير.

تؤثر المنبهات النفسية في شهية الطفل للطعام وفي نموه ونومه، لذلك فإن استعمالها يقتصر على فترات الحاجة الماسة إليها مثل أوقات الدراسة، ويجب حين وصفها مراقبة الطول والوزن والنبض وضغط الدم، كما يجب إجراء فحص سريري شامل. وتعطى المنبهات النفسية في البدء بجرعات صغيرة تزداد تدريجياً، وتوصى الأمهات بملاحظة شهية الطفل ونومه والإبلاغ عن اضطرابهما.

يستخدم في معالجة اضْطِراب نَقْصِ الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط أيضاً أتوموكسيتاين Atomoxetine وهو دواء مثبط انتقائي لاسترداد النورأدرينالين. ومن الأدوية الأخرى غير المنشطة: بوبروبيون bupropion، فينلافاكسين venlafaxine، كلونيدين clonidine، جوانفاسين guanfacine.

(٢)- العلاج النفسي والاجتماعي: العلاج بالأدوية وحدها غير كاف للتحكم على نحو كامل باضْطِراب نَقْصِ الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط، بل ينبغي استعمال علاجات نفسية غير دوائية مثل مجموعات التدريب على المهارات الاجتماعية والمجموعات العلاجية لذوي هؤلاء الأطفال والمعالجة السلوكية في البيت والمدرسة كأهم مكانين يعيش فيهما الطفل. كما أن العلاج النفسي عنصر مهم يؤثر في التعامل مع العلاج الدوائي إذ يجب على الطبيب أن يشرح للطفل لماذا يستخدم الدواء ويعطى الطفل فرصة للتعبير عن وجهة نظره عن العلاج والمشاكل التي يعانيها منه. ويجب مساعدة الطفل على تخطي هذه المشكلة التي قد تكون مؤقتة. وعلى الرغم من الوقت العصيب الذي تلاقيه الأسرة والمدرسة مع الطفل فإنه يجب عدم عقاب الطفل وضربه وتوبيخه على تصرفاته وبالذات أمام الآخرين لأن ذلك سيزيد من معاناة الطفل وإحساسه بأنه مرفوض من الآخرين وزيادة إحساسه بعدم الثقة بالنفس؛ مما يؤدي إلى تفاقم المشكلة بظهور مضاعفات لهذا المرض كالقلق والاكتئاب، أو يزيد من أعراض المرض بمزيد من كثرة الحركة والعناد. إذاً بدلاً من عقاب الطفل وتنفيره من سلوكه يجب تشجيعه في حال قام بشيء جيد كالتزام الهدوء ولو لوقت محدد فمثلاً لو انتظر دوره في الكلام أو في طابور للحصول على شيء معين فيكال له المديح والتشجيع وزرع الثقة في نفسه. من الأفضل استغلال فترات اللعب لتعليم الطفل السلوك الجيد وكيف يتعامل مع الألعاب والأطفال الآخرين وكيف ينتظر دوره في اللعب. ويفضل استغلال كل أنواع الألعاب التي تعتمد على استخدام كل حواس الطفل كاللمس والسمع والنظر وتدريبه على كيفية استغلال هذه الحواس لتنمية الانتباه لديه. وينبغي التركيز على المهارات الاجتماعية مثل العلاقة مع أقرانه سواء أصدقاء أم زملاء في المدرسة وكذلك المربين والمعلمين.

د- اضطرابات النوم:

بيئة الطفل من العوامل الأكثر أهمية في ظهور اضطرابات النوم لديه، لذلك يجب استبعاد الأخطاء التربوية المتعلقة بالنوم مثل إجبار الطفل على النوم باكراً من دون أن يشعر بالنعاس، كما يجب الأخذ بالحسبان أن لكل طفل تواتر خاص به فيما يتعلق بالنوم، مع العلم أن لكل عائلة عادات وتقاليد خاصة بها.

التطور الطبيعي للنوم: تقل عدد ساعات النوم لدى الطفل مع تقدمه بالعمر، فينام الوليد نحو ١٦ ساعة يومياً، وتنقص فترة النوم إلى ١٥ ساعة بعمر ٣ أشهر، و١٤ ساعة بعمر سنة، و١٠-١١ ساعة بعمر ٥ سنوات، و٩-١٠ ساعات بعمر ١٠ سنوات، و٨-٩ ساعات بعمر ١٤ سنة. ومن الطبيعي أن يستيقظ بأي

عمر من ٦-٨ مرات في الليل، ويعد تعليم الطفل معاودة النوم من دون تدخل أهله ضرورياً لتطور الطفل ويساعده على الاستقلالية. ويساعد إعطاء الطفل بعض الاستقلالية فيما يتعلق بالنوم ومعاودة النوم على الوقاية من اضطرابات النوم.

تشاهد اضطرابات النوم عند ٥٪ من الأطفال في السنة الأولى من العمر، وعند ٤٠٪ منهم بعمر ٤-٥ سنوات. ويزداد احتمال حدوثها بسبب عوامل نفسية كالتوتر والقلق والتعرض لسوء المعاملة، وتتراجع تلقائياً لدى الطفل الطبيعي.

التصنيف: قد يكون اضطراب النوم في الطفل أولياً أو ثانوياً لإصابة بمرض عضوي عصبي أو تنفسي أو هضمي علوي أو اضطراب نفسي مثل الاكتئاب. وتصنف اضطرابات النوم الأولية إلى اخْتِلاَل النَّوم dyssomnia والخَطَل النَّوميّ parasomnia وفَرْط النَّوم hypersomnia. واختلال النوم هو قصر فترة النوم بسبب رفض الذهاب إلى السرير، أوصعوبة الاستغراق بالنوم (الأرق البدئي) أو بسبب عدم استمرار النوم (تَقَطُّع النوم). أما الخَطَل النَّوميّ فهو حدوث سلوك ما في أثناء النوم، وقد يحدث هذا السلوك في أثناء النوم العميق، بعد ساعة إلى ثلاث ساعات من بدء النوم، أو في أثناء نوم الريم؛ يتظاهر أثناء نوم الريم بالكوابيس، ويتظاهر في أثناء النوم العميق بالذُّعْر اللَيليّ sleep terrors أو بالمَشْي النَّوميّ sleep walking أو بالكَلاَم النَّوميّ sleep talking أو بحركات نَظْمِيّة rhythmic movement. ومن حالات فَرْط النَّوم المعروفة بالتَّغْفيق narcolepsy.

المعالجة: لا حاجة إلى المعالجة إذا كان اضطراب النوم خفيف الشدة ويحدث بتواتر أقل من مرة في الأسبوع فترة لا تزيد على شهر واحد، شريطة أن يكون الفحص العضوي طبيعياً. تتطلب في هذه الحالة مساعدة الأهل على تنظيم موعد نوم الطفل واحترام ما قد يكون لديه من طقوس النوم، مع تجنيب الطفل تناول كمية كبيرة من الطعام قبل النوم، وتأمين غرفة هادئة ذات حرارة معتدلة وإنارة خفيفة، ومع تجنيب الطفل فرط الاستثارة قبل النوم مثل اللعب العنيف أو أفلام العنف والرعب. ويطلب من الأهل المراجعة بعد أسبوعين، ولا تستطب المعالجة الدوائية في هذه الحالات الخفيفة.

أما في الحالات متوسطة الشدة التي لا تنفع فيها الخطة السابقة والتي تتظاهر بتقطع النوم عدة أيام أو بثورات غضب قبل النوم تستمر فترة تزيد على الشهر، فيجب تثقيف الأهل بالعلاقة بين اضطرابات النوم ومفاهيم الانفصال لمساعدتهم على الربط بين قلق الانفصال لدى الطفل وزيادة طلباته قبل النوم. ويطلب من الأهل تسجيل موعد نوم الطفل ووقت استيقاظه وعدد مرات الاستيقاظ الليلي يومياً. كما يطلب منهم البقاء بجانب سرير طفلهم حتى ينام ومن ثم الانسحاب بهدوء، أو تفقده في غرفته على نحو منتظم بعد دخوله سريره حتى ينام، أو الاستجابة لندائه عند استيقاظه من دون السماح له باللجوء إلى سرير والديه.

بوجود الذُّعْر اللَيليّ أو المَشْي النَّوميّ، يوضح للعائلة أن هذه الاضطرابات تتراجع تلقائياً وأنه من غير الضروري التدخل بأي وسيلة. ويمكن مساعدة الطفل على النوم بعد الظهر مدة ٣٠- ٦٠ دقيقة مما يؤدي إلى تقصير مرحلة النوم العميق ليلاً. ويجب عدم إيقاظ الطفل في أثناء الذُّعْر اللَيليّ أو المَشْي النَّوميّ، والاكتفاء بالبقاء بجانب سريره تجنباً لأي أذى قد يسببه لنفسه. يجب في هذه الحالات نفي وجود أي مرض وخاصة في الطرق التنفسية العليا كالربو أو العدوى القصبية، ويطلب من الأهل المراجعة بانتظام كل أسبوعين.

تصبح المعالجة النفسية ضرورية حين يحدث اضطراب النوم أكثر من ٥ مرات في الأسبوع مدة شهر، على نحو يؤثر تأثيراً سيئاً في الحياة العائلية، ومع عدم قدرة الأهل على تطبيق ما سبق. يجب عندئذٍ نفي وجود سوء معاملة للطفل، ونفي وجود اضطراب نفسي لدى الأهل، ونفي وجود اضطراب نفسي لدى الطفل مثل الاكتئاب أو القلق. ويمكن استخدام دواء منوم مدة لا تتجاوز الأسبوعين.

٥- اضطرابات تطورية:

أ- التخلف العقلي:

التخلف العقلي هو نقص نمائي يبدأ منذ الطفولة ويؤدي إلى تحدد شديد في القدرات الذهنية وإلى انخفاض المقدرة على التكيف مع متطلبات الحياة اليومية. وقد عرفته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي على أنه "إعاقة تتميز بقصور واضح يظهر قبل الثامنة عشرة من العمر في كل من القدرات الفكرية والسلوك التكيفي المعبر عنه بالمهارات العملية والاجتماعية والتخيلية" ويجب عند تطبيق هذا التعريف تحديد القصور في الوظائف الحالية في ضوء التأثيرات البيئية ومستوى أداء أقران الطفل من العمر والثقافة نفسها، فالتقييم الجيد يتطلب أخذ الفروق الثقافية واللغوية بالحسبان، إضافةً إلى الاختلاف في العوامل التواصلية والحسية والحركية والسلوكية. ويجب أيضاً تحديد ما يرافق القصور من نقاط قوة في الفرد نفسه

فالهدف الرئيس من وصف القصور هو إيجاد خطة فردية لدعم احتياجات الطفل لأنه يمكن عادةً تحسين الحياة الوظيفية للشخص المصاب بالتخلف العقلي عن طريق تقديم الدعم المناسب على المدى البعيد.

التشخيص:

يعتمد التشخيص على قياس حاصل الذكاء intelligence quotient (IQ)، ويشخص التخلف العقلي عندما يكون حاصل الذكاء ٧٠ أو أقل، على أن يبدأ الاضطراب قبل عمر ١٨ سنة، وأن يترافق بتحدُّد واختلال في التكيف في مجالين على الأقل من مجالات: التواصل، والعناية الشخصية، والحياة المنزلية، والمهارات الاجتماعية، ومهارات الدراسة، والعمل والاستمتاع، والصحة، والأمان. ويعد التخلف العقلي خفيفاً إذا كان حاصل الذكاء بين ٥٠ و ٧٠، ومعتدلاً بين ٣٥ و ٥٠، وشديداً بين ٢٠ و ٣٥، وعميقاً إذا كان أقل من ٢٠.

لا يشير مصطلح التخلف العقلي إلى مرض عقلي، بل إلى مجموعة مظاهر تساعد على تحديد الناس الذين يحتاجون إلى دعم اجتماعي وخدمات تعليمية خاصة من أجل القيام بواجباتهم اليومية. ويستخدم مصطلح التخلف العقلي للأطفال اعتباراً من عمر ٥ سنوات، أما الأطفال الأصغر سناً ممن تظهر عليهم علامات تأخر واضح في مهارات التكيف والتعلم فيستخدم لوصف أعراضهم مصطلح التأخر النمائي الشامل global developmental delay ولا يشير ذلك بالضرورة إلى تشخيص التخلف العقلي بعد سن الخامسة حتماً.

الانتشار:

يقدر انتشار التخلف العقلي بين عموم السكان بنحو ١٪. وتكون الشدة طفيفة في ٨٥٪ من الحالات وهو شائع أكثر عند الذكور. ترتفع نسبة الانتشار لتصل إلى ٣٪ عندما يستند التشخيص إلى معدل الذكاء فقط.

الأسباب:

يكون السبب غالباً تفاعل بين عوامل وراثية وأخرى بيئية (كالإهمال وسوء التغذية)، أما وجود سبب محدد فغالباً ما يقتصر على الحالات الشديدة، وتصنف الأسباب في هذه الحالات إلى عوامل وراثية وعوامل ما قبل الولادة وعوامل في أثناء الولادة والنفاس وعوامل ما بعد الولادة.

(١)- عوامل وراثية: وتتضمن الشذوذات الصبغية مثل متلازمة داون (وهي أكثر الأسباب الوراثية شيوعاً يبلغ معدل وقوعها ١ من كل ٣٠ ولادة حين يفوق عمر الأم خمسة وأربعين عاماً)، ومتلازمة الكروموزوم الجنسي الهش fragile X (وتعد ثاني أكثر الأسباب شيوعاً، إذ يبلغ معدل وقوعها ١ من كل ١٥٠٠ ولادة)، وفقدان جزء من الصبغي (كما في متلازمة مواء القطة cri du chat)، والطفرات الجينية (مثل بيلة الفينيل كيتون التي يبلغ معدل وقوعها ١ من كل ١٠٠٠٠ ولادة، وتنتج من طفرة جينية وحيدة تسبب اضطراباً استقلابياً يؤدي إلى الإصابة بإعاقة فكرية مصحوبة بفرط حركة واستثارة وصرع. ومنها أيضاً الوُرام الليفي العَصَبِيّ neurofibromatosis الناجم عن طفرة في الصبغي NF1 من الكروموزوم ١٧ التي تسبب إعاقة فكرية متوسطة واختلالات مرافقة في الجهاز العصبي والعظام والجلد.

(٢)- عوامل ما قبل الولادة: وتشمل اختلال عمل المشيمة، ومتلازمة الجنين الكحولي، وقصور الدرقية، والعدوى كالحصبة الألمانية وفيروس نقص المناعة HIV وغيرها.

(٣)- عوامل في أثناء فترة الولادة: وتشمل إصابة الوليد في الأسبوع السابق للولادة والأسابيع الأربعة التي تليها برض دماغي أو بعدوى جرثومية أو بالاختناق أو بارتفاع شديد في نسبة البيليروبين.

(٤)- عوامل ما بعد الولادة: رضوض وأورام الدماغ بما في ذلك معالجتها الجراحية والشعاعية، والتهاب السحايا، والتسمم بالرصاص

وتبقى عوامل الخطر النفسية والاجتماعية كالحرمان وسوء المعاملة وفقر الرعاية الصحية واصابة أحد الوالدين باضطراب عقلي عوامل تؤثر في نمو الطفل على نحو عام وتفاقم حالة الطفل في حين وجود إعاقة فكرية.

التقييم:

يهدف تقييم الحالة إلى وضع التشخيص وكذلك تعَرف العوامل المسببة والاضطرابات الصحية والنفسية المرافقة وتعرّف ما يمتلكه الطفل من مهارات. تحتاج عملية التقييم إلى فريق مكون من الطبيب والمعالج النفسي بالتعاون مع الطبيب الاختصاصي بأمراض الأطفال وطبيب اختصاصي بالأمراض العصبية. يتطلب تقويم الحالة صبراً وقدرة على تحمل الشك بالتشخيص وذلك لتجنب التسرع بوصم الطفل أو المراهق. ولابد أن تكون مقاربة الطفل مرنةً ومنسجمةً مع مستوى مهارات التواصل لدى ذلك الطفل وقدراته الاستعرافية. فتقويم الحالة ووضع التشخيص عملية تتم عبر الوقت وليس في مقابلة واحدة.

تعد الملاحظة المباشرة ودراسة التاريخ الشخصي للطفل وتاريخ العائلة (المعلومات من الوالدين) أهم المصادر لاستقصاء المعلومات اللازمة للتقويم. أكثر المعلومات التي

يسعى الفريق إلى الحصول عليها حين دراسة تاريخ الحالة هي تلك المتعلقة بصعوبات الولادة وبتأخر النمو العصبي والاضطرابات السلوكية والسوابق المرضية والتاريخ الاجتماعي للعائلة بما في ذلك الضغوط أو الأحداث المفاجئة.

المعالجة:

توضع أهداف المقاربة العلاجية التأهيلية الشاملة بناء على احتياجات الطفل وقدراته ووضعه الصحي والمعرفي، وبما يتناسب وما هو متوافر ضمن بيئة الطفل. وتحتاج الخطة التأهيلية الشاملة إلى أن تطبق من قبل فريق متعدد الاختصاصات يتضمن مقدمي رعاية صحية، وطبيباً نفسياً، ومعالجاً نفسياً تربوياً، ومعلماً مختصاً بالتعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة ومعالج نطق ومختصاً اجتماعياً.

وحين وجود اضطرابات سلوكية أو أمراض نفسية مرافقة يمكن استخدام الأدوية النفسية، وقد تحتاج نسبة قليلة من الأطفال إلى الإقامة في مركز علاجي أو مستشفى.

ب - اضطرابات طيف التوحد autistic spectrum disorders:

ينتمي الاضطراب التوحدي autistic disorder إلى زمرة الاضطرابات النمائية الشاملة، ويبين الجدول (١) الشروط التشخيصية لهذا الاضطراب بحسب الطبعة الرابعة من الدليل الإحصائي والتشخيصي.

والاضطراب التوحدي من الاضطرابات التي يصعب تشخيصها لأسباب عدة أهمها عدم اتفاق المختصين على طبيعة الاضطراب وعلى ما يميزه من اضطرابات التطور العامة، واعتماد التشخيص على خبرة كل مختص، واشتراك

أولاً- ينبغي توافر ستة مظاهر (أو أكثر) من مجموعات الأعراض (١) و(٢) و(٣) التالية، أو مظهرين على الأقل من المجموعة (١) ومظهر واحد من كل من المجموعتين (٢) و(٣): ١- اختلال كيفي في التفاعل الاجتماعي يتجلى باثنتين على الأقل من التظاهرات التالية: ● اختلال صريح في استخدام السلوكيات غير اللفظية العديدة كالتحديق عين في عين والتعبير الوجهي والوضعيات الجسدية والإيماءات التي تخدم في تنظيم التفاعل الاجتماعي. ● الإخفاق في تطوير علاقات مع الأقران تتناسب والمرحلة التطورية. - غياب السعي التلقائي للمشاركة في المتعة أو الاهتمامات أو الإنجازات مع الناس الآخرين (مثل عدم البحث عن الظهور أو الإشارة إلى الأشياء التي يهتم بها أو إحضارها). - انعدام التبادل الاجتماعي أو الانفعالي. ٢- اختلالات كيفية في التواصل كما تبدو في واحدة من التظاهرات التالية على الأقل: ● تأخر في تطور اللغة المنطوقة أو غيابها الكامل (ولا يترافق ذلك ومحاولة المعاوضة من خلال نماذج بديلة من التواصل كالإيماء والتلميح). ● يكون لدى الأشخاص الذين يمتلكون كلاماً كافياً، اختلال واضح في القدرة على استهلال حديث أو الاستمرار به مع الآخرين. ● استخدام متكرر ونمطي للغة أو استخدام لغة خاصة. ● انعدام ألعاب الخيال المنوعة أو ألعاب المحاكاة الاجتماعية المناسبة للمستوى التطوري. ٣- نماذج من السلوك والاهتمامات والأنشطة المُقَيَّدة التكرارية والنمطية كما تتجلى في واحدة من التظاهرات التالية على الأقل: ● انشغال كلي بموضوع اهتمام أو مواضيع اهتمام مقيدة ونمطية شاذة إما في الشدة وإما في التركيز. التقيد الصارم بصورة واضحة بطقس أومنوال (روتين) نوعي وغير وظيفي. ● أسلوبية حركية متكررة ونمطية (مثل الضرب باليد أو بالإصبع أو ليّهما أو حركات معقدة لكامل الجسم). ● الانشغال المستمر بأجزاء من الأشياء. **ثانياً-** تأخر الأداء أو أداء غير طبيعي في واحد من المجالات التالية يبدأ قبل عمر ٣ سنوات: (١) التفاعل الاجتماعي (٢) اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي (٣) اللعب الخيالي أو الرمزي. **ثالثاً-** لا ينجم الاضطراب عن متلازمة ريت Rett (وهي اضطراب نمائي في المادة الدماغية الرمادية يصيب البنات عادةً) أو الاضطراب التفككي في الطفولة.
الجدول (١)

التوحد مع العديد من الحالات والإعاقات الأخرى بكثير من الأعراض، وتغير الأعراض بالزيادة والنقص، وتشخيص بعض الحالات على أنها تخلف عقلي غير معروف السبب.

النظريات المفترضة عن أسباب اضطراب طيف التوحد:

اعتقد ليو كانر Leo Kanner عند بداية تشخيص التوحد منذ نصف قرن أن سبب الاضطراب هو عدم تفرغ الأبوين لتربية طفلهم في أوائل طفولته بسبب انشغالهم بمسؤولياتهم، وذلك لأنه لاحظ في حالات التوحد التي تابع علاجها أن الأهل كانوا من "النخبة" المميزة بمستوى ذكاء عالٍ في الأوساط العلمية والفنية، وانهم كانوا باردين في تعاملهم ويميلون إلى التحفظ والعزلة. لذلك فقد اقترح كانر "نظرية النخبة" في حدوث التوحد، ولكن لوحظ لاحقاً حين تقدمت الخدمات الصحية وشملت كل الطبقات الاجتماعية أن التوحد يحدث في كل الطبقات الاجتماعية. ووضعت بعد ذلك فرضيات تقول إن سبب التوحد هو أذية دماغية وقد بنيت تلك الفرضيات على دراسات تشريح الجثة بعد الوفاة، وعلى تصوير الدماغ وتخطيط الدماغ الكهربائي ودراسة التغيرات الكيميائية العصبية.

افترض أيضاً أن للتوحد أسباباً بيئية نفسية. فالبيئة هي كل ما يحيط بالإنسان من الخارج من ظروف طبيعية وعلاقات إنسانية، وتؤثر هذه البيئة في الطفل وتتأثر به على نحو يحدد خبراته ومستقبله النفسي والاجتماعي ومقدرته على التعايش مع مجتمعه. ومن الأسباب البيئية النفسية التي قد تسبب التوحد: العلاقة بين الطفل ووالديه، وشخصية الوالدين الانعزالية والمتحفظة، وبرودة الأم، والأمراض النفسية لدى الوالدين ولاسيما الفصام، والمشاكل الاجتماعية كالطلاق. لا تتوافر براهين مؤيدة لهذه النظرية، بل إن نقل الأطفال المصابين بالتوحد للعيش مع عائلات بديلة لم يُحسن حالتهم، كما أن التوحد لا يصيب كل الأطفال في العائلة ذاتها، وقد تبدأ بعض الحالات منذ الولادة وقبل أن يصبح تعامل الأهل مع الطفل مهماً. وقد أراح إخفاق هذه النظرية الكثير من العائلات التي كانت تلقي اللوم على نفسها في حدوث الحالة.

هناك العديد من المؤشرات الدالة على أن التوحد يحدث نتيجة أسباب بيولوجية تؤدي إلى خلل في أحد أجزاء المخ أو بعض أجزائه على مستوى النواقل العصبية. قد يؤكد هذه الفرضية أن التوحد ترافقه أعراض عصبية أو إعاقة عقلية، وأنه منتشر في جميع المجتمعات على نحو ينفي تأثير العوامل النفسية الاجتماعية. ولكن قد لا توجد في بعض الحالات أسباب طبية أو إعاقة عقلية يمكن أن تكون سبب التوحد، مما قد يوحي بوجود أسباب طبية لم يتم التعرف سوى على القليل منها بعد. ومن الأسباب الطبية الممكنة الالتهابات الفيروسية التي تصيب الأم الحامل أو الطفل في المرحلة المبكرة من حياته، ومنها الحصبة الألمانية وعدوى الفيروس المُضَخِّم للخَلاَيا والْتِهاب الدِّماغ الحلئي (الهربسيّ). ومن الأسباب الطبية الأخرى التي ترتبط بالتوحد إصابات الحمل مثل الأمراض المعدية كالحصبة وقت الحمل، وإصابات الولادة مثل نقص الأكسجة والنزف وإصابات الرأس والحرارة العالية (أكثر من ٤١,٥ درجة).

تفترض نظريات أخرى أن للتوحد أسباباً وراثية، ولكن لم يحدد حتى الآن جين قد يكون سبب حدوث التوحد، كما أن القصة المرضية لا تقدم دليلاً على وجود التوحد وتسلسله في العائلة. ولكن أظهرت إحدى دراسات التوائم أن إمكانية حدوث التوحد في كلا التوأمين تصل إلى نسبة ٥٠٪، مما يجعل الوراثة سبباً مهماً. كما أظهرت دراسة أخرى لعائلات يوجد لديها طفل مصاب بالتوحد تواتر حدوث اضطرابات التعلم واللغة ومشاكل تطورية أخرى، وأن احتمال حدوث التوحد في هذه العائلات يزيد خمسين مثلاً على عائلات ليس فيها طفل مصاب بالتوحد، مما يؤكد أهمية العامل الوراثي. ويضاف إلى ذلك تزايد حدوث التوحد عند الأطفال المصابين ببعض الأمراض الوراثية مثل بيلة الفينيل كيتون والتَّصلُّب الحَدَبِيّ Tuberous sclerosis والوُرام اللِيفِي العَصَبِيّ ومتلازمة الصبغي X الهش.

ترافق الكثير من الأسباب الواردة أعلاه إصابات واضطرابات في المخ والجهاز العصبي، وتختلف شدة هذه الإصابات من بسيطة إلى شديدة، وقد يؤدي بعضها إلى علامات عصبية واضحة، مثل ضعف السمع أو النظر، ويرافق بعضها أعراض التوحد. ولكن يتبين من تتبع هذه الأسباب أن الكثير من الأطفال المصابين بها ينمون نمواً طبيعياً، لذلك فإنه لا يمكن الجزم بأنها هي سبب التوحد.

الأعراض: قد يبلغ الطفل الثالثة أو الرابعة من العمر قبل أن تظهر أعراض كافية تجعل الوالدين يطلبون المساعدة الطبية والتشخيص، فليس هناك نموذج ثابت لأعراض التوحد وعلاماته، بل يوجد مجال واسع التنوع من العلامات المرضية، ويندر وجود جميع الأعراض في طفل واحد في الوقت نفسه. أما الأعراض فهي: الصمت التام، والصراخ الدائم المستمر من دون مسببات، والضحك من غير سبب، والخمول التام أو الحركة المستمرة من دون هدف، وعدم

التركيز بالنظر، وصعوبة فهم الإشارة ومشاكل في فهم الأشياء المرئية، وتأخر تطور حواس اللمس والشم والذوق وعدم الإحساس بالحر وبالبرد.

ومن أعراض التوحد أيضاً المثابرة على اللعب وحيداً وعدم الرغبة في اللعب مع الأقران، والانشغال بألعاب تعتمد على التكرار والرتابة والنمطية، ومقاومة التغيير، والثوران عند محاولة تغيير اللعب النمطي أو توجيهه، وتجاهل الآخرين لدرجة إعطاء الانطباع بأنه مصاب بالصمم؛ فقد يُكسر كأس بالقرب منه فلا يعيره أي انتباه. يضاف إلى ذلك الخوف من بعض الأشياء مثل صوت طائرة أو نباح كلب، وعدم الخوف من أشياء أخرى قد تكون خطرة كالجري في الشارع على الرغم من مرور السيارات وأبواقها العالية، والانعزال الاجتماعي ورفض التفاعل والتعامل مع الأسرة ومع المجتمع وعدم طلب المساعدة من الآخرين وعدم التجاوب مع الإشارة أو الصوت، ومشاكل عاطفية، ومشاكل في التعامل مع الآخرين.

مشاكل التطور لدى الطفل المصاب بالتوحد:

يتظاهر التطور الفكري والحركي لكل الأطفال على شكل مجموعة من المهارات، ويتأخر لدى الطفل المصاب بالتوحد اكتساب بعض تلك المهارات، وقد تتوقف بعض تلك المهارات عند درجة محددة، كما قد تُفقد بعض المهارات بعد اكتسابها. يرافق التوحد دائماً خلل اكتساب المهارات اللغوية، لذلك فهنالك دائماً اضطراب لغوي مختلف الأشكال. كما أن من أهم مميزات التوحد سوء اكتساب المهارات الاجتماعية والنفسية ؛ فهناك جفاء وانعزال عن المجتمع، وانطواء على النفس. وتضطرب أيضاً مهارات الفهم والإدراك؛ فمن أهم صفات التوحد نقص الذكاء والتعلم ومشاكلهما، وهذا لا يعني أن جميع المصابين بالتوحد متخلفون عقلياً، بل قد يكون ذكاء بعضهم عادياً، ولكن يعاني أغلبهم صعوبات تعليمية ونقصاً في القدرات الفكرية. أما المهارات الحركية المعتمدة على العضلات الصغيرة والكبيرة فقليلاً ما تتأثر عند الأطفال المصابين بالتوحد.

التقييم: يبدأ التقييم الطبي بطرح العديد من الأسئلة عن الحمل والولادة، وعن التطور الجسمي والحركي للطفل، وعن الأمراض السابقة، وعن العائلة وأمراضها. ثم يجرى فحص سريري ولاسيما فحص الجهاز العصبي، وقد تجرى بعض الفحوص المخبرية الضرورية مثل تحليل الصبغيات أو تخطيط الدماغ الكهربائي أو تصوير الدماغ المقطعي المحوسب أو بالرنين المغنطيسي. ويجب إجراء تقييم للسمع لدى كل طفل لا يتكلم بعمر السنتين.

ويتم تقييم سلوك الطفل بالمراقبة المباشرة من قبل متخصصين في المنزل والمدرسة أو في أثناء الفحص السريري. ويستخدم الأختصاصي النفسي أدوات وسلالم قياس لتقييم حالة الطفل من نواحي الوظائف المعرفية والإدراكية والاجتماعية والانفعالية والسلوكية، مما يساعد الأهل والمدرسين على معرفة مناطق القصور والتطور لدى طفلهم .

ويمكن القيام بالتقييم التعليمي على نحو منهجي باستخدام أدوات قياس، أو على نحو غير منهجي باستخدام الملاحظة المباشرة ومناقشة الوالدين. ويهدف ذلك إلى تقدير ما لدى الطفل من مهارات قبل مدرسية (الأشكال، الحروف، الألوان)، ومهارات مدرسية (القراءة، الحساب)، ومهارات الحياة اليومية (الأكل، اللبس، دخول الحمام)، ومهارات التعلم ومشاكلها وطرق حل هذه المشاكل .

يتم **تقييم التواصل** باستخدام الملاحظة المباشرة ومناقشة الوالدين. ومن المهم تقييم مدى مهارات التواصل ومنها رغبة الطفل في التواصل، وكيفية أدائه لهذا التواصل (التعبير بحركات الوجه أو بحركات جسمية، أو بالإشارة)، وتجاوب الطفل لتواصل الآخرين معه. تستخدم نتائج هذا التقييم حين وضع برنامج تدريبي لتحسين مهارات التواصل باستخدام لغة الإشارة، أو الإشارة إلى الصورة، وغير ذلك.

يهدف **التقييم المهني** لمعرفة طبيعة تكامل وظائف الطفل الحسية، وكيفية عمل الحواس الخمس. كما يمكن تقييم مهارات الحركة الصغرى (استخدام الأصابع لإحضار لعبة أو شيء صغير) ومهارات الحركة الكبرى (المشي، الجري، القفز). ومن المهم معرفة ما إذا كان الطفل يفضل استخدام يده اليمنى أم اليسرى.

المعالجة:

لا توجد معالجة يمكن تطبيقها على جميع الأطفال المصابين بالتوحد، ولكن المتخصصين في هذا المجال وعائلات الأطفال يستخدمون طرقاً متنوعة للعلاج منها:

- **المعالجة الطبية:** الهدف الأساسي من المعالجة الطبية للأطفال المصابين بالتوحد هو ضمان الحد الأدنى من الصحة الجسمية والنفسية. ويجب أن يحتوي برنامج الرعاية الصحية الجيد على زيارات دورية منتظمة للطبيب لمراقبة النمو والسمع وضغط الدم واللقاحات والتغذية والنظافة العامة، ولاكتشاف وجود أي مشاكل طبية أخرى مصاحبة كالصرع مثلاً.

● **المعالجة الدوائية:** لا يوجد دواء نوعي للتوحد، ولكن بعض الأدوية قد تساعد المريض. إلاّ أن هذه الأدوية تحتاج إلى متابعة خاصة من حيث معرفة مستوى الدواء في الدم وفعاليته في الطفل ومقدار الجرعة المناسبة ونتائج المعالجة. ويتم ذلك بالاستفادة من ملاحظات الوالدين والمدرسين.

يختلف استخدام الأدوية في التوحد من طفل إلى آخر، وتستخدم الأدوية إضافة إلى الطرق العلاجية الأخرى، وقد تنفع الأدوية في الحالات التي ترافقها اضطرابات أخرى مثل اضْطِراب نَقْصِ الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط واضطراب الوسواس القهري ولكن ليس بوصفه علاجاً للتوحد ذاته. وقد تم تجريب العديد من الأدوية التي لم تثبت فائدتها في معالجة التوحد، ومنها بعض مضادات الذهان مثل هالوبيريدول ورسبردون risperidone (والتي قد تستخدم لتعديل بعض أنماط السلوك والمشاكل النفسية المصاحبة مثل الأرق والعدوانية وفرط النشاط والسلوك الوسواسي)، والجرعات الكبيرة من فيتامين (ب ٦) والمغنيزيوم

استخدمت في معالجة التوحد أيضاً المعالجة المضادة للخمائر anti-yeast therapy اعتماداً على نظرية تقول بزيادة تكاثر الخمائر في الأطفال المصابين بالتوحد لسبب غير معروف. وقد لاحظ بعض الأهل أن استخدام مضادات الخمائر ينقص بعض السلوكيات السيئة، كما أن بعض الدراسات تؤيد هذه الطريقة في المعالجة ولكن مازالت النتائج غير نهائية..

تستخدم الأدوية المضادة للصرع لمعالجة الصرع الذي يصاحب التوحد في ثلث الحالات تقريباً.

المقاربة النفسية والتدخل التربوي في متابعة اضطراب الطيف التوحدي:

للطبيب النفسي شأن أساسي في تشخيص الطفل المصاب بالتوحد وتقييمه، كما أن له شأناً في مساندة الفريق والإشراف على خطة العلاج الشاملة إضافة إلى المتابعة الدورية لأولياء الأمور لمناقشة وضع الطفل وبيان الحلول المناسبة للمواقف والصعوبات التي تواجههم في المنزل، وتقديم الدعم النفسي المستمر لهم. كما يقوم الطبيب النفسي بالمتابعة النفسية والسلوكية لما يمكن أن يصاحب التوحد من اضطرابات نفسية كالقلق أو اضطرابات المزاج أو السلوكيات النمطية أو القهرية.

أما دور الاختصاصي النفسي فهو القياس النفسي وتطبيق الروائز التي تقيس مستوى قدرات الطفل من وجهة التواصل مع الآخرين والتفاعل الاجتماعي والمهارات الحياتية اليومية والاعتماد على النفس والمهارات الحركية والمشاكل السلوكية، مع متابعة التغيرات التي تحدث من فترة إلى أخرى اعتماداً على ما يتم إنجازه من خلال البرنامج التربوي الفردي.

وتعتمد البرامج التربوية على أن التدريب هو أساس العملية العلاجية للأطفال المصابين بالتوحد؛ إذ إنهم يواجهون الكثير من الصعوبات في المنزل والمدرسة، إضافة إلى الصعوبات السلوكية التي تمنع بعض الأطفال من التكيف مع المجتمع. لذلك يجب وضع برنامج تدريب خاص يناسب الطفل ويؤدي إلى مساعدته على التكيف بنجاح في الحياة. ويجب أن يوفر هذا البرنامج فصولاً دراسية منظمة بجداول ومهمات محددة، مع تحديد المعلومات التي يجب إبرازها وتوضيحها بطرائق بصرية وشفوية، مع توفير الفرصة للتفاعل مع أطفال غير معاقين ليكونوا النموذج في التعليم اللغوي والاجتماعي والسلوكي. ويجب أن يركز البرنامج على تحسين مهارات الطفل التواصلية، وعلى الإقلال من عدد طلاب الفصل وتعديل وضع الجلوس وتعديل المنهج التدريبي باطراد ليناسب الطفل نفسه، وأن يكون هناك تواصل متكرر وكاف بين فريق العمل والأهل.

أمور قانونية وأخلاقية في الطب النفسي

عبد المسيح خلف

شعرت الإنسانية منذ زمن بعيد بإحساس عميق وغامض تجاه "الجنون" وكأنه شرٌ فريد: شيء غريب بطبيعته وخطورته خلق ارتكاساً بدئياً وأولياً من الخوف في المجتمعات كافة. وقد تبين لعامة الناس - بالحس السليم - أن "الجنون" يجعل الفرد مختلفاً عن الآخرين؛ لأنه قد يؤذي غيره أو يؤذي ذاته أو يؤذيهما معاً، وقد يجعل المصاب به عرضة ليستغل شخصه أو تستغل ممتلكاته، وكان الاستنتاج المنطقي والأخلاقي لهذا الحس السليم هو التالي: كما أن للمجتمع الحق في حماية ذاته من المصاب بهذا الاضطراب؛ فإن من واجبه أيضاً - وفي الوقت ذاته - الدفاع عنه وحمايته من نفسه ومن الآخرين. كل ما سبق يشير إلى أن تداول مفردة "الجنون" كان سابقاً لأي طب عقلي، وعبّر أولاً عن رأي عام وروح قضائية قبل أن يعبّر عن رأي علمي وروح طبية، والقراءة المتأنية للفكر الإسلامي تبرز أن "الجنون" لم يعد أبداً خطيئة أو تلبساً شيطانياً كما كان سائداً طوال العصور الوسطى في أفكار الغرب؛ وما هو إلا مرض؛ وهذا المفهوم يدعو إلى التسامح في التعامل مع المصاب بنقص في عقله؛ وبالتالي يصبح غير مسؤول (يحكم الشرع بأنه غير مكلَف)، وقد أمر القرآن الكريم بحماية الضعفاء وبتأسيس القوامة المفروضة على غير القادرين، وكذلك حذر المؤمنين - وفي مناسبات عدّة - من إصدار حكم متسرع وخاطئ عن "الجنون".

وفي عصر النهضة في أوربا، ومع ظهور أنظمة اجتماعية تعترف بحقوق الإنسان؛ أخذت الظاهرة العقلية المرضية تتطور وتغتني في أبعادها الطبية والأخلاقية والاجتماعية؛ الأمر الذي قاد إلى بحث العلاقة بين المرض العقلي ومعطية المسؤولية وحقوق كل من الفرد والمجتمع، وأدى ذلك إلى ظهور المرض العقلي بوصفه غرضاً لعلم خاص واعتراف بأن هذا الاضطراب ينقص حرية الإنسان؛ وبالتالي مسؤوليته، وكان ذلك في القرن السادس عشر. ومع تطور مفهوم الدفاع الاجتماعي في العلوم الجزائية والتشريعات القانونية؛ قامت دول عديدة تدريجياً بوضع نصوص قانونية ضابطة لمسؤولية المريض العقلي الجزائية، وكذلك لأهليته المدنية وقواعد الاستشفاء والمعالجة القسرية (من دون موافقة المريض)، كما سُنَّت قوانين ونظم ضابطة لصرف الأدوية المؤثرة عقلياً، وشروط معالجة مدمني المخدرات وأصول رعاية القاصرين المرضى والأحداث الجانحين؛ بما يتفق مع ثقافة المجتمع وقيمه وأخلاقياته.

ومع التقدم العلمي في النصف الثاني من القرن الماضي بدأ الطب النفسي يأخذ مكانة متصاعدة في آلية عمل كل المجتمعات؛ إذ لوحظ تزايد دعوة الأطباء النفسيين والباحثين النفسيين إلى مختلف المؤسسات الصحية، والإدارية، والتربوية والقضائية لشرح - وأحياناً المشاركة - في حل مشاكل من مختلف الأنواع في قضايا حيوية تتعلق بحقوق الإنسان وحريته من جهة، وحقوق المجتمع الذي يعيش فيه وسلامته العامة من جهة أخرى، وأضحى الطب النفسي- الشرعي اختصاصاً فرعياً من الطب النفسي قائماً بذاته في عدد من الدول، وغرضه تطبيق المعارف الطبية النفسية على مسائل قضائية وإدارية تطرحها سلوكيات بعض المرضى العقليين ودرجة تأثيرها في النظام العام ومخالفتها للقانون.

تُلزم العلاقة الوثيقة بين الطب النفسي والعلوم الإنسانية الطبيبَ النفسي الخروج من حدوده الطبية الخالصة؛ ليأخذ بالحسبان المصلحة العامة للمجتمع من دون التخلي عن معالجة منحرفيه ولمصلحتهم أيضاً، ويجعله هذا الموقع هدفاً للانتقاد حول أسس معارفه وشرعية أفعاله من زاوية أخلاقية؛ فلا عجب إذاً أن يجد الطبيب النفسي نفسه بتماس المحاكم والمحامين والمؤسسات الإدارية والقضائية. لقد تصاعدت القيمة الأخلاقية لفردية الإنسان، وتعاظمت أهمية استقلاليته الذاتية وحريته على نحو جوهري في العالم الحالي، وأصبحت تُعدّ عاملاً أكثر أهميةً بالنسبة إلى الطب النفسي من المسائل المطروحة بتقدم العلوم الطبية في مجالات أخرى مثل مواضيع الخلايا الجذعية ونقل الأعضاء وزرعها. ونظراً لوجود تباين في تطور التشريعات المعمول بها وتفسيراتها التطبيقية التي قد تختلف بحسب المكان والزمان؛ فإنه من المهم جداً للطبيب النفسي والممارس العام أن يكون على بيّنةٍ ومعرفة بالقوانين والنظم المتعلقة بعمله وفي منطقة ممارسته لمهنته.

القضايا المطروحة عديدة ومتنوعة، لكن تجمعها كلها:

أولاً- مسألة المعالجة والاستشفاء القسري.

ثانياً- قضية تقييم الأهلية المدنية والحاجة إلى تعيين قيّم شرعي.

ثالثاً- مسألة تقييم المسؤولية الجزائية.

رابعاً- مشكلة قياس الخطورة.

وهي جميعها تمس حرية الشخص وسلامة المجتمع. ويمكن مقاربة دراسة أهم القضايا الأخلاقية ethical والشرعية forensic في الطب النفسي من ثلاث زوايا: الزاوية الشخصية والطبية الإدارية، وزاوية القضايا المدنية، وزاوية القضايا الجزائية.

أولاً- القضايا الأخلاقية والقانونية من الزاوية الشخصية والطبية الإدارية:

١- الثقة التي يوليها المريض للطبيب وسرّ المهنة:

العلاقة بين الطبيب والمريض من الأمور الجوهرية في اختصاصات الطب كافة، وتحتل هذه العلاقة وضعاً مميزاً وفريداً في الطب النفسي؛ فالمقابلة التي تتم بين المريض والطبيب النفسي هي أكثر من مجرد محادثة حوارية بهدف استقصاء معلومات ترشد إلى التشخيص؛ لأنها تزخر بشحنات عالية من المشاعر، وحين يشعر المريض أن لدى طبيبه رغبة صادقة في تفهم مشكلته ومساعدته؛ فإن ذلك يزرع دعائم الثقة به مما يشجعه على أن يتحدث بصراحة ويبوح إليه حتى عن أدق تفاصيل مشكلاته الشخصية؛ أما إذا لم يشعر بالارتياح إلى طبيبه، وشعر بأن هذا الأخير غير متفهم لمعاناته أو أبدى موقفاً ناقداً له ولتصرفاته؛ فإن ذلك قد يجعله يُحجم عن الإفصاح عمّا في نفسه، ويهرب في حديثه إلى العموميات السطحية. هذا ما يفسر امتناع بعض المرضى عن التعبير عن بعض أمورهم الخاصة في المقابلة الأولى مع الطبيب، فلا يفصحون عنها إلا في الجلسات التالية بعد أن يكون المريض قد اختبر موقف الطبيب، وأودعه ثقته. ونتيجة لهذه الثقة التي بُنيت عليها العلاقة العلاجية يقع على عاتق الطبيب تبعات أدبية؛ فالمعلومات التي جناها الطبيب بوساطة العلاقة العلاجية ينبغي أن تبقى سراً وألا تستخدم إلا بغرض تحسين صحة المريض النفسية؛ والحفاظ على هذه السرية confidentiality هو أحد أهم واجبات الطبيب النفسي تجاه مرضاه، وتتعاظم قيمة هذه القضية بسبب ما يرتبط بالاضطراب النفسي من "وصمة stigma" تلتصق بالمريض بوصفه فرداً، وقد تتجاوزه في بعض المجتمعات؛ لتمس عائلته أيضاً، لذلك يجب على الطبيب أن يوضح للمريض أن كل المعلومات التي يدلي بها ستبقى سرية تامة. ومن الناحية المبدئية على الطبيب أن يطلب موافقة consent المريض إذا أراد أن يتحدث عن مشكلته إلى أي شخص آخر يكون موضع ثقته ، سواء أكان من أقاربه أم أصدقائه أم المهنيين الصحيين الذين يريد الطبيب أن يشاركهم في رعاية مريضه.

ويصعب أحياناً التوفيق بين سرّ المهنة وبين المصلحة العامة، ويجوز للطبيب النفسي أن يتخطى هذه السرية في الحالات التالية:

أ- في حالة الدفاع عن نفسه: للطبيب الحق بإفشاء السر المهني أمام المحاكم في قضية توجه إليه فيها اتهامات.

ب- إذا كان هناك **احتمال حدوث ضرر جسدي أو نفسي** للمريض أو لشخص ثالث؛ **إذا استمرت هذه السرية:** كأن يعلم الطبيب النفسي - في أثناء معالجته مريضاً ما - أن لدى هذا الأخير عدوانية تجاه شخص ثالث وأنه يترصد المناسبة؛ ليرتكب جريمة خطرة. في مثل هذا الموقف تقع على عاتق الطبيب مسؤولية قانونية تلزمه كسر السرية لحماية الطرف الثالث، وعليه في هذه الحالة أن يُقدم حق المجتمع في الحماية على الضرورات الأخرى؛ وهذا ما يعرف في التشريع القضائي في بعض الولايات المتحدة الأمريكية بقانون تاراسوف Tarasoff rule . وينص التشريع السوري على أنه يمكن للطبيب إفشاء معلومات "المقصود بها ارتكاب جناية أو جنحة" (المادة ٦٥ بينات)، كما نصت المادة /٢٦/ أصول جزائية على وجوب إخبار النيابة العامة بوجود اعتداء على حياة أحد الناس أو ماله. في الممارسة السريرية على الطبيب النفسي في مثل هذه الظروف أن ينصح المريض ويحاوره قدر الإمكان حول طبيعة الإجراء الذي سيقوم به، فإذا اعتقد الطبيب أن خطر ارتكاب الجريمة عند المريض خطر داهم؛ فأفضل ما يمكن إجراؤه السعي إلى قبول المريض في المستشفى؛ أما إذا كان العنف هو مجرد احتمال كامن، ولكنه ليس وشيك الوقوع؛ فإن أفضل إجراء هو تحذير الضحية المستهدفة بعد مناقشة الأمر مع المريض، أو إعلام جهة قانونية: لتتكفل بذلك. وإذا كان إفشاء السر المهني - من دون موافقة المريض - هو تصرفاً مربكاً اجتماعياً، ويُعدّ صدمة وقطيعة في صدقية العلاقة العلاجية التي قد تستغرق من الطبيب النفسي وقتاً طويلاً لترميمها؛ فإن بعض المرضى ربما يشعرون بالراحة وبالتأثير الرادع لهذا الإجراء، وينثنون عن تنفيذ تهديداتهم بعد علمهم أن الضحية المقصودة قد تم تحذيرها.

ج- الشهادة أمام القضاء: يحق للمريض صاحب السرّ أن يطلب من الطبيب أن يفشي سرّه أمام القضاء (المادة ٦٦ قانون البينات السوري). كما يحق للمريض أن يطلب تقريراً يتضمن المعلومات التي أسرّها للطبيب، وعلى هذا الأخير أن يوثّق أن التقرير أُعطي للمريض شخصياً وبناءً على

طلبه؛ إذا كان ذا إرادة حرّة وإدراك سليم، أما إذا كان ناقص الأهلية أو عديمها؛ فلا بدَّ من صدور الإذن بإفشاء السر من وليه.

د- إذا اقتضت ضرورات المعالجة والعمل الطبي ذلك:

(١)- يجوز إفشاء سر المهنة للوصي أو الولي فيما يتعلق بالمريض القاصر أو غير المدرك.

(٢)- لذوي المريض إذا كان في ذلك فائدة في المعالجة، وكانت حالة المريض النفسية لا تساعده على إدراك ذلك.

في حالة تقديم خبرة طبية قضائية بناءً على طلب خطي من قبل القضاء يسمح للطبيب أن يذكر السوابق المرضية للشخص المفحوص والتي تتعلق بغرض الخبرة.

(٣)- في حالات محددة تنظمها تشريعات خاصة يمكن تجاوز السر المهني بعد أن يتنازل المريض خطياً عن حق السرية:

(٤)- في بعض الحالات المرضية التي تستدعي العلاج النفسي الجماعي.

(٥)- إذا كان هناك طرف آخر يدفع الأجور العلاجية والأتعاب الطبية؛ مع توخّي الحذر في التعامل مع التطورات الحديثة وأتمتة الولوج إلى الملفات الطبية من قبل مؤسسات التأمين الصحي، والسعي لإبقاء المعلومات في دائرة الأطباء.

(٦)- في أغراض البحوث العلمية: المرضى النفسيون معرضون على نحو خاص ليكونوا موضوعاً للبحوث، وهو ما يوجب اتخاذ التدابير اللازمة لحماية تفردهم واستقلالهم وإنسانيتهم والتأكد من تعذر الاستدلال على هويتهم الشخصية. والبحث العلمي الذي لا يتم وفقاً للقواعد العلمية هو عمل غير أخلاقي، ولهذا السبب يجب أن يكون البحث العلمي معتمداً من لجنة مؤسساتية مناسبة ونزيهة تحكم على الأبعاد الأخلاقية للبحوث.

٢- إعلام المريض عن وضعه والحصول على رضاه وموافقته على المعالجات:

يتمثل أحد أهم أوجه التطور الحديث في الطب النفسي في جعل المريض شريكاً في العملية العلاجية، وتركه قدر المستطاع يتخذ قرارات حرّة بناءً على معلومات صحيحة. يُقدم الطبيب النفسي- من الناحية الشكلية، وفي لقائه مع المريض - خدمات بحسب قواعد أخلاقية ومعايير تقنية، لكنه - من الناحية الموضوعية - يقوم بعملية شرح الحالة المرضية، ويُحرِّض المريض على أن يفهم ذاته وأن تتضح لديه أبعاد الاضطراب الذي يعانيه. لذلك يجب على الطبيب النفسي أن يتابع على الدوام التطور العلمي ونقل المعلومات الحديثة، وأن يستخدم مختلف المستويات المعرفية في توجيه العلاقة العلاجية على أرض الواقع وفي الممارسة السريرية اليومية للأسباب التالية:

أ- إن لدى الرأي العام صورة سيئة عن الاضطراب النفسي، ويزيد في تغذية هذه الصورة الخوف من الاضطراب ومسألة تدخل الوراثة في إحداثه؛ ويفرض هذا على الطبيب حرصاً أخلاقياً تجاه المريض وعائلته، ويُلزمه التعامل بدقة ويحذر عند قيامه بإعلام المريض أو أهله عن دور العوامل الوراثية في إحداث المرض؛ مع إيضاح أن المعارف الوراثية لم تصل بعد إلى الموثوقية العلمية الصريحة في الطب النفسي.

قد يحمل إعلام المريض بمرضه أحياناً بعض الخطورة، وعندها يتوجه الطبيب إلى إعلام أحد أفراد أسرته، وفي جميع الأحوال يجب التحفظ ما أمكن في تسمية المرض بالعناوين الدامغة للتشخيصات - ولا يعني هذا أن تُخفى عن المريض إصابته - ذلك لأن التصنيفات التشخيصية للأمراض النفسية مسألة ما زالت إشكالية وموضع اختلاف من جهة؛ ولأن تسمية التشخيص بكلمة واحدة دامغة قد تصبح معوقة للعلاج أكثر منها مساعدة على اكتساب البصيرة insight من جهة أخرى.

ب- يجب عدم وصف علاجات ضد إرادة المريض؛ إلا إذا كان عدم التدخل العلاجي سيعرض حياة المريض أو المحيطين به أو جميعهم للخطر. وفي كل الأحوال، يجب تقديم أفضل علاج متاح وإعلام المريض أو ذويه أو إعلامهم معاً عن استطبابات العلاج الموصوف وتأثيراته الجانبية المحتملة، وخاصة حين استعمال الأدوية المضادة للذهان التي قد تُحدث أعراضاً خارج هرمية وعسر الحركة الأجل، كما يجب - من الناحية المبدئية- الحصول على رضا المريض وموافقته الخطية قبل تطبيق المعالجة بالتخليج الكهربائي.

إن موافقة المريض على المعالجة يتطلب أن يكون قادراً على فهم ما يُشرح له، و على إدراك موقعه وظروفه الشخصية، وعلى تذكر المعلومة المعطاة، و أن تكون لديه القدرة على اتخاذ القرار والثبات عليه مع الزمن. أما إذا كان المريض - وبسبب مرضه - يبدي اضطراباً في المحاكمة العقلية تجعله عاجزاً عن اتخاذ حكم أو قرار صحيح؛ فيجب على الطبيب الرجوع إلى ولي أمر المريض وطلب موافقته، أو أن يبحث موضوع المعالجة القسرية مع لجنة استشارية في المؤسسة الصحية التي يعمل فيها ومنوط بها حماية الكرامة الإنسانية والحقوق القانونية للمريض وبحسب التشريعات المعمول بها. وهناك عدة أمراض نفسية تضع المريض في حالة عدم

أهلية موضوعية لإعطاء موافقته على المعالجة مثل:

● المريض المصاب بالضلال الزوري، الذي يرى أن كل شيء وكل شخص يخفي ميلاً إلى إيذائه.

● المريض الفصامي في حالة التفكك والمراحل الفعّالة من مسيرة المرض لا يستطيع معها تفهم الإجراءات اللازمة لمعالجته ورعايته.

● الشخص المصاب بالخرف؛ إذ تتطور الاضطرابات، وتحدث تشوشاً عميقاً في الذاكرة وفقدان المحاكمة العقلية السليمة، وتؤثر بشدة في تصرفاته اليومية.

● المريض المصاب بالاكتئاب الجسيم، وهنا يبحث المصاب عن الموت، ويفكر بالانتحار، ويفقد كل قناعة بجدوى المعالجة.

● الشخص المصاب بالوسواس القهري الشديد، وفي حالة متقدمة تكون قدرته على اتخاذ قرار ما مسلوبة تماماً بسبب تردده اللامتناهي.

ج- إن من واجب الطبيب النفسي - حين يُطلب منه تقييم حالة المريض - إخبار هذا الأخير منذ البداية عن الغرض من هذا التقييم والاحتمالات لأثر هذا الفحص واستخدامات نتائجه.

د- على الطبيب أن يوضح للمريض أو لذويه - ما أمكن ذلك - الغرض العلمي أو العلاجي من الفحوص المخبرية التي يقترحها.

هناك إذاً في الممارسة السريرية للطب النفسي إشكالية كبيرة حين يرفض المريض المعالجة اللازمة والرعاية الضرورية لحالته الصحية، أو حين يكون غير قادر على الموافقة على الإجراءات الملائمة لوضعه الصحي؛ مما يضطر الطبيب إلى اللجوء إلى المعالجة القسرية التي تستدعي أحياناً الاستشفاء الإلزامي؛ أي من دون رضا المريض. ولكي يتجنب الطبيب ادعاء بعض المرضى أن المعلومات المعطاة لهم كانت منقوصة وأنهم لم يوافقوا على العلاج، يجب عليه الاحتفاظ بسجلات دقيقة حول كل معاينة أو مراجعة يذكر فيها الشرح المقدم للمريض، ولاسيما التأثيرات الجانبية المحتملة للأدوية، والبدائل الممكنة وموافقته على ذلك. وفي بعض الحالات تؤخذ من المريض موافقته الخطية لإعطاء معلومات إلى قريب له وتسجيل موافقة ولي أمر المريض على العلاج وتوثيق كل ذلك في ملف المريض.

٣- سوء ممارسة المهنة malpractice:

يتضمن سوء الممارسة كل إهمال أو جهل أو سوء تصرف يرتكبه الطبيب تجاه واجباته المهنية. يجب على الطبيب في القانون - وفي نظام ممارسة المهنة - أن يمارس عمله ضمن هامش من الإجراءات والاحتياطات التي يقوم بها أطباء آخرون من الاختصاص ذاته وفي ظروف مماثلة من العمل.

يأخذ القضاء بالحسبان سوء الممارسة حين يقوم دليل واضح على أن الطبيب قام بعمل محدد، أو أهمل عملاً لم يقم به، وأدى ذلك مباشرة إلى أذية أو خسارةٍ ما يشكوها المريض المدعي. ومن الملاحظ أن الملاحقات القضائية بسبب سوء الممارسة في الطب النفسي قليلة نسبياً إذا ما قورنت بالاختصاصات الأخرى؛ وسبب ذلك أن الاضطرابات النفسية المعالجة والأدوية الموصوفة قليلاً ما تسبب إيذاءً جسدياً للمريض (خلافاً لما في الجراحة مثلاً) من جهة؛ ولأن المرضى النفسيين - وفي غالب الأحيان - لا يحبذون التحدث وإعلان اضطراباتهم والعلاجات التي تلقوها، ويحجمون عن سرد قصصهم الطبية النفسية من جهة أخرى. مع ذلك ، فإنه يندر ألاّ يتعرض الطبيب النفسي - ولو مرّة واحدة على الأقل في حياته المهنية - لملاحقة قضائية بسبب سوء الممارسة **لأحد الأسباب التالية:**

أ- الانتحار وإيذاء المريض لذاته هو السبب الأكثر شيوعاً للمساءلة القضائية للأطباء النفسيين، فالرأي العام والقضاء يلومون الطبيب على فشله في تجنب السلوك الانتحاري، ويتهمونه بالإهمال في اتخاذ الإجراءات التي تمنع المريض من أن يؤذي نفسه أو أن ينتحر، والقضاء لا يماثل بين الوفاة انتحاراً وبين الوفاة عند التداخل الجراحي.

إن رغبة الموت عند المريض تجعل الطبيب يجد نفسه في حالة صراعية على **ثلاثة مستويات:**

● **مستوى علمي:** لا يوجد دليل علمي حتمي يسمح له بالتنبؤ بالانتحار.

● **مستوى عملي:** الطبيب هو أمام شخص يطلب الموت، ولا يطلب العلاج للشفاء ولا الحياة.

● **مستوى قانوني:** فالطبيب محاصر أخلاقياً وقانونياً بين جرم عدم إغاثة إنسان في خطر من جهة؛ وبين اتخاذ إجراءات تؤدي إلى استشفاء إلزامي قد يكون تعسفياً؛ إذ ليس بالضرورة أن يكون هذا الإنسان مريضاً عقلياً.

في العمل السريري يبدو الاتهام بسوء الممارسة واضحاً إذا كانت واقعة الانتحار قد حدثت في أثناء وجود المريض في المستشفى؛ ولاسيما إذا كان السلوك الانتحاري هو السبب والمسوّغ المباشر لقبول المريض. ينظر القضاء إلى الواقعة على أنها قابلة للتجنب، ويُرجع الإهمال إلى عدم إحاطة كافية بسيرة المريض وسلوكه وسوابقه الانتحارية، أو تقصير في الاحتياطات اللازمة لحمايته (مثل ترك النوافذ غير

مغلقة بإحكام، أو عدم الانتباه لوجود أدوات حادة أو مواد حارقة أو مؤذية في متناول يد المريض)، أو عدم استمرار المراقبة النهارية والليلية ووضع ملاحظة وجود خطر الانتحار...إلخ.

ب- **خطأ التشخيص misdiagnosis**: المعرفة العلمية في الطب النفسي لم تصل بعد إلى المستوى السببي، والتصنيفات التشخيصية تقوم على وصف الأعراض وتجميعها في متلازمات؛ وهذا ما يسوّغ الاستعمال الواسع لعبارة اضطرابات نفسية؛ وليس أمراضاً نفسية، لذا فإن المساءلة القضائية لا تقوم على إشكاليات في التشخيص، وإنما على أخطاء إجرائية مثل تقصير الطبيب النفسي في فحص المقابلة وعدم اكتشافه مثلاً نيّة انتحار أو قتل عند المريض، أو عدم الانتباه لوجود مرض عضوي طبي عام قد يتظاهر بأعراض نفسية، ويستدعي تدخلاً إسعافياً مختلفاً مثل نقص سكر الدم الذي قد يحدث فيه تخليط ذهني، أو وجود مرض عضوي مشارك للاضطراب النفسي يتطلب المعالجة وتجنب التداخلات الدوائية كملاحظة هجمة هوسية عند مريض قيد المعالجة بالستيروئيدات من أجل آلام مفصلية.

ج- **إهمال في المعالجة negligent treatment**: قد يتظاهر الإهمال في المعالجة الدوائية بأشكال متنوعة مثل وصف دواء غير مستطب أو علاج غير مناسب، أو إعطاء جرعات مفرطة، أو تغيير العلاج على نحو غير ملائم، أو عدم الانتباه إلى مشاركات دوائية أدت إلى تداخلات مؤذية، أو حدوث متلازمة خارج هرمية؛ ولاسيما خلل الحركة المتأخر tardive dyskinesia أو أحياناً اعتلال الشبكية أو نقص تعداد الكريات البيض، أو إهمال محاذير استعمال بعض الأدوية عند المرأة الحامل، وأخيراً حدوث إدمان بعض الأدوية؛ ولاسيما المركنات ومضادات الباركنسونية. توجب هذه الأمور على الطبيب مراقبة المريض مراقبة دورية ومراقبة حالته العامة وتحري وظائف الكبد والكلية والصيغة الدموية والاتجاه نحو استعمال الأدوية الأقل إحداثاً للتأثيرات الجانبية.

نادراً ما يكون العلاج بالتخليج الكهربائي سبباً للادعاء الذي يدور غالباً حول عدم الحصول على الموافقة المسبّقة، أو أن يكون الاستطباب غير ملائم، أو حدوث تأثيرات جانبية مثل تشوش الذاكرة. ويمكن للطبيب أن يتجنب كل ذلك بوضع الاستطباب المناسب وتوثيق موافقة المريض أو ولي أمره الخطية على المعالجة، ومتابعة مراقبة المريض قبل جلسة التخليج وفي أثنائها وبعدها، وتطبيق المعايير التقنية الصحيحة والمرشدات العلاجية المسندة بالبراهين.

يتم الادعاء على الطبيب النفسي والمعالج النفسي في بعض الأحيان بسبب إيقاف المعالجة على نحو غير ملائم رغم استمرار الحاجة إلى متابعة العلاج، ومن الممكن أن يُعدّ ذلك إهمالاً إذا لم يكن هناك مسوّغ لإيقاف المعالجة مثل وجود تقصير في تعاون المريض على اتباع التعليمات العلاجية، أو تقصير في دفع أتعاب الطبيب، أو وجود سلوك عنف أو تهجم على المعالج.

د- **يجب على الطبيب النفسي** أن يحافظ دوماً على **حدود العلاقة مع المريض**، فهناك فرق بين التعاطف والاهتمام بالمريض من جهة؛ وبين التورط معه أو معها بعلاقة حميمة قد تصل إلى ممارسات جنسية من جهة أخرى. إن الاقتراب الجنسي من المرضى هو سبب آخر للمقاضاة، ولا يقبل هذا التصرف أي عذر ومهما كان السلوك الإغرائي والإغوائي للمرضى، وهذا السلوك يُعرض الطبيب لعقوبات قضائية إضافة إلى تطبيق عقوبات تأديبية تصل حتى تجريده من حقوقه المهنية.

من المفاهيم المهمة في العلاقة العلاجية بين الطبيب النفسي والمريض مفهوم الإنقال والإنقال المعاكس [ر. المعالجات في الطب النفسي]؛ فالإنقال transference هو العملية التي يُسقط بها المريض مشاعره وأفكاره التي يستمدها من شخصيات سابقة في حياته على معالجه، والتي يضفي بها المريض عليه مكانة ومعنى عاطفياً كانا لشخص سابق في حياته، لذا يجب على الطبيب ملاحظة اتجاه عواطف المريض نحوه بعناية خلال فترة العلاج والمحافظة على موقف موضوعي ومحايد؛ مع شرح تفسيرات الإنقال للمريض كلما ارتأى أن ذلك مفيد للعملية العلاجية. أما الإنقال المعاكس counter transference فهو عملية إسقاط عاطفي من الطبيب على المريض، ولكي يحمي المعالج نفسه منه ينبغي أن يظل في مواقفه على مسافة من اضطرابات المريض؛ متجنباً الاستغراق فيها. لذا ينبغي على الطبيب أن يتفحص مشاعره نحو المريض سلباً أو إيجاباً بطريقة مستمرة. إن تداخل عواطف الطبيب مع المريض يعوق الموضوعية الضرورية للعملية العلاجية، لذا من الضروري الحفاظ على الحدود التي تمليها عليه مهنته، وإذا شعر الطبيب أن علاقته مع أحد المرضى قد خرجت عن الحدود المناسبة؛ يُستحسن أن يحيله إلى طبيب آخر، وأن يراجع الأخطاء التي أدت إلى ذلك الخلل في تلك العلاقة حتى لا تتكرر هذه المشكلة في المستقبل. ومع كل ما سبق؛ لا بدّ من

التشديد على أن تعاطف الطبيب مع مرضاه وإخلاصه لقضاياهم له تأثيره الجيد في علاقته المهنية معهم ومع العملية العلاجية.

هـ- قد تجري المساءلة القضائية للطبيب النفسي حين إعطاء تقرير طبي غير دقيق، أدى إلى استشفاء غير مسوّغ لفرد ما في مستشفى اختصاصي بالأمراض العقلية وإلى إخضاعه لمعالجات غير مناسبة. إن تقييم الحالة النفسية لإنسان ما من قبل الطبيب النفسي يضع هذا الأخير في موقع يتميز بالقوة والسلطة على المريض، لذا يجب أن يكون الطبيب حريصاً على ألا يسيء استخدام هذه السلطة المخولة له والتي اؤتمن عليها.

ثانياً- القضايا الأخلاقية والقانونية من الزاوية المدنية:

١- الاستشفاء القسري:

إن إدخال مريض ما إلى المستشفى الاختصاصي من دون رضاه مسألة موضع جدل شائع في ممارسة الطب النفسي؛ إذ يجب على الطبيب مساعدة المريض ومعالجته وتوفير سلامته والحفاظ على حقوقه من جهة، ومسؤولية الاستجابة إلى ما يتطلبه النظام العام وسلامة المجتمع وحقوق الأفراد المحيطين بالمريض من جهة أخرى.

كان باستطاعة الطبيب النفسي في الماضي الحصول بسهولة على أمر للاستشفاء الإلزامي؛ إذا لاحظ لدى المريض أفكاراً أو تصرفات فيها خطر إيذاء ذاته أو الآخرين؛ أما حالياً - وجواباً لحراك شعبي وطبي وتشريعي - فقد وضع العديد من بلدان العالم قوانين للصحة النفسية والعقلية، في حين وضعت دول أخرى تشريعات ونظماً عامة لضبط إجراءات معالجة المصابين بالاضطرابات النفسية ومعاملتهم ورعايتهم على نحو عام، هناك ثلاث طرائق لقبول المريض في المستشفى الاختصاصي بالأمراض العقلية أو في القسم النفسي من المستشفى المعدّ لمعالجة أمراض أخرى:

أ- القبول الحر: حين يطلب المريض من تلقاء نفسه الاستشفاء ساعياً إلى العلاج، ويُعامل المريض في هذه الحالة معاملة أي مريض في أي مستشفى آخر، ويترك المستشفى متى شاء إلا إذا ارتأى طبيبه المعالج أن اضطرابه النفسي ما يزال يحمل خطورة؛ وعندها يجب على الطبيب عرض الموضوع على لجنة القبول في المستشفى ثم الاتصال بالجهات القانونية لاستصدار أمر بمتابعة الاستشفاء الذي يصبح تحت صيغة إلزامية.

ب- القبول الإلزامي: حين يتقدم شخص قريب أو صديق أو جار أو رجل حفظ النظام بعريضة خطية إلى النيابة العامة يشرح فيها وجود تصرفات غير طبيعية لدى شخص ما، وتُعدّ خطراً عليه أو على من هم حوله، ويطلب فحصه وإن لزم الأمر إدخاله المستشفى، ثم يُعرض الشخص على الطبابة الشرعية أو الطبيب الاختصاصي أو عليهما معاً لتوصيف حالته العقلية من جهة، ولتقييم درجة خطورة سلوكه من جهة ثانية، ووجود ضرورة أم لا لمعالجته داخل مستشفى اختصاصي من جهة ثالثة. وبعد أن تُصدر النيابة العامة أمراً بالاستشفاء الإلزامي؛ تقرر لجنة القبول المؤلفة من أطباء نفسيين مدى ضرورة متابعة المعالجات داخل المستشفى حتى زوال الخطورة في تصرفاته.

يتطلب الاستشفاء الإلزامي من الناحية الأخلاقية والقانونية توافر ثلاثة عناصر، هي وجود مرض عقلي، ووجود خطورة، ووجود درجة ما من فقدان الأهلية.

(١)- إذا كان الاضطراب العقلي واضحاً في المتلازمات المرضية الكبرى؛ فإن وجهات النظر ليست دائماً متطابقة تجاه اضطرابات الشخصية مثلاً لتسويغها للاستشفاء الإلزامي؛ فما العمل في حالة الاضطرابات النفسية غير القابلة للعلاج والتي ترافقها خطورة مستمرة؟

(٢)- يسوغ التشريع قسرية العلاج بسبب الخطورة، ويتم تقييم الخطورة بالنسبة إلى الشخص ذاته، وبالنسبة إلى الآخرين و بالنسبة إلى الممتلكات أو السلامة العامة، لكن الطبيب غير مؤهل للتنبؤ الدقيق بالخطورة إلا في المواقف الجلية والواضحة لاضطرابات نفسية محدودة وذات شحنة عدائية.

(٣)- وجود عدم الأهلية، أي عدم قدرة المريض على اتخاذ القرار المناسب بسبب مرضه العقلي. وفي بعض الحالات يكون المريض غير قادر على رعاية نفسه وتوفير حاجاته اليومية، أو أن يصل عجزه إلى درجة إهمال تغذيته ولباسه ونظافته؛ مما يفرض الاستشفاء الإلزامي من دون أن يكون هناك خطر داهم لإيذاء نفسه أو الآخرين.

تستجيب هذه الطريقة في الاستشفاء لضرورة توفير الرعاية والمعالجة الفورية للمريض ومراقبته على نحو مستمر، وفيها يجعل الاضطرابُ الشخصَ غير أهل لإعطاء موافقته، ويدوم الاستشفاء المدة اللازمة لتحسن حالته الصحية وتقبله للعلاج. هذا الإجراء يهدف في الوقت ذاته إلى حماية السلامة العامة دون إهمال مصلحة المريض وحقوقه.

يجوز أحياناً الاستشفاء الإسعافي لتدخل علاجي وجيز، ويمكن تحويله إلى استشفاء إلزامي فترة قد تطول

إذا استدعت حالة الشخص النفسية ذلك، ويتم هذا الإجراء بناءً على تقرير لجنة القبول في المستشفى والجهة القضائية ذات الصلة لحماية حقوق المريض.

وعلى نحو عام يلتزم الطبيب النفسي اللجوء إلى البديل العلاجي الأقل تضييقاً لحرية المريض، والأكثر احتراماً لكرامته الإنسانية، ويقوم بتطبيق التدخلات السريرية بحسب نجاعتها ومقارنة آثارها الإيجابية والسلبية ومخاطرها المحتملة: فلا يُستطب الاستشفاء إذا كانت معالجة المريض خارج المستشفى ممكنة، ولا يستطب العزل إذا كانت المعالجة في جناح مفتوح ممكنة.

ج- القبول القضائي: وفيه يُودع المرضى المتهمون أو المحكومون في قسم خاص من المستشفى يدعى "القسم الاحترازي"، فيه تفحص المرضى الاحترازيين لجنة من ثلاثة أطباء نفسيين تقدم تقريراً دورياً للسلطات القضائية، ولا يخلى سبيل المريض الاحترازي إلا بموجب قرار حكم صادر عن المحكمة التي أودعته.

٢- حقوق المريض داخل المستشفى الاختصاصي:

لا يُعدّ قبول المريض في المستشفى- طوعياً أو إلزامياً- سبباً آلياً لتقييد أهليته القانونية، وعلى الجهة التي تقرر علاجه في المستشفى أن تسهر على اتخاذ التدابير المناسبة للحفاظ على مصالحه المادية والاجتماعية والقانونية، فللمريض الحقوق التالية:

أ- حق المريض في احترام خصوصيته وإنسانيته، بتوفير فضاء كافٍ لكل شخص، وإن أمكن غرفة صغيرة مع لوازمها ومكان يضع فيه ثيابه وحاجياته.

ب- حق المريض في المشاركة - قدر المستطاع - في اتخاذ القرارات المتعلقة بالخطة العلاجية، وإذا كان المريض غير أهل لإعطاء موافقته على المعالجة؛ يجب العمل بحسب النظم المحلية صاحبة الاختصاص وتوصياتها (مجلس الصحة النفسية والعقلية في وزارة الصحة، لجنة الصحة النفسية والعقلية في مديرية الصحة، ولجنة القبول في المستشفى) أو الحصول على موافقة ولي أمر المريض أو كليهما معاً، ولهذا الأخير الحق في متابعة علاجه خارج المستشفى، بعد استقرار حالته الصحية. وعلى المؤسسات توفير البنى التحتية لرعاية المرضى المزمنين، وتوفير المعالجة النفسية والجسدية المناسبة لهم والعمل على توفير تدريب وتأهيل هادف يُمكّن الشخص من ممارسة عمله أو أي نشاط آخر بحسب إمكانياته، ويكفل حمايته من أي استغلال.

ج- حق الزيارة: للمريض الحق باستقبال أقاربه وزواره بحسب مواعيد معقولة وضمن النظام المعمول به في المؤسسة الصحية، ويمكن للطبيب أن يؤجل الزيارات أو يمنع بعضها بما يتفق مع مصلحة المريض والسهر على عدم تسليم المريض، - خلال الزيارات - مواد أو أدوات تعرضه للخطر.

د- حق الاتصال: يحق للمريض من الناحية المبدئية الاتصال بالعالم الخارجي بوساطة الهاتف أو البريد، وتقع على إدارة المستشفى مسؤولية تنظيم هذه الاتصالات بتيسيرها أو حجبها بحسب ما تستدعيه مصلحة المريض والسلامة العامة.

هـ- مسألة العزل والتقييد: قد يضطر الممارس السريري - في بعض أقسام المؤسسات الصحية وفي بعض الحالات الطارئة - إلى اللجوء إلى عزل المريض في غرفة خاصة مغلقة، أو تقييده لضبط حركاته الجسدية، لكن يجب أن يبقى هذا الإجراء مؤقتاً واستثنائياً وفي مصلحة المريض أولاً.

و- الحق في المثول أمام القضاء: يحق للمريض أن يمثله محامٍ في كل الإجراءات الشرعية التي تخصه. وعلى نحو عام يميل القضاء إلى أن يكون قرار الاستشفاء الإلزامي مبنياً على دلائل واضحة ومقنعة.

ز- حقوق اقتصادية: في بعض المؤسسات الصحية، وضمن إطار التأهيل والعلاج بالعمل ، يحق للمريض أن يتقاضى أجراً مقابل عمله (أعمال في الحديقة أو الخزف أو تجليد الكتب...إلخ)، وقد خلق هذا الحق جدلاً بين ما يُدعى بإجراء علاجي بالعمل: وبين ما وصفه بعضهم على أنه استغلال لعمل المريض؛ لهذا السبب ونتيجة قصور التشريعات في حسم هذه المسألة؛ أقدمت بعض المؤسسات الصحية على حذف هذه البرامج من نشاطاتها.

٣- الأهلية العقلية في الأحوال المدنية:

قد يسأل القضاء الشرعي عن الحالة العقلية والنفسية لشخص ما، ويطلب تقريراً طبياً في ظروف متعددة تستدعي تقييم أهليته، ويتضمن ذلك الإجابة عن الأسئلة التالية:

- هل تؤهله حالته العقلية لإبرام عقد (عقد زواج، عقد بيع وتجارة، قرار طلاق...إلخ)؟
- هل يسمح له وضعه العقلي أن يفهم ويقوم بالتزاماته القانونية (تسديد الضرائب ، دفع فواتير الكهرباء والهاتف... إلخ)؟
- هل هو قادر على كتابة وصية أو إملائها؟
- هل يستطيع إدارة شؤونه المالية بنفسه أو أن حالته العقلية تستدعي تعيين قيِّم عليه؟

● هل هو أهل لحضانة قاصر؟

● هل تسمح له حالته العقلية بأداء شهادة أمام القضاء؟

● هل لديه الكفاية الذهنية اللازمة للقيام بعمل محدد أو مهنة محددة؟

يواجه الأطباء النفسيون صعوبة حين مطابقة جميع تسميات الاضطرابات النفسية مع أربعة تعابير قضائية فقط **تستخدم في التشريعات القانونية السورية لوصف الاضطراب العقلي**، وهي "الجنون" و"العته" و"السفه" و"الغُفلة". ومن الواضح أن هذه المطابقة أساسية لاحترام الحقوق المدنية للمريض العقلي وللحفاظ في آن واحد على حقوق الآخرين والمجتمع.

● **يُعرِّف القضاء "الجنون" كما يلي:** اضطراب في الملكات الذهنية بحيث تغدو قدرتها على التمييز أو قدرتها على توجيه الإرادة دون المستوى الذي يتوافر لدى العاديين من الناس. والجنون **نوعان:** "الجنون الممتد" و"الجنون المتقطع". الجنون الممتد هو جنون متواصل، سواءً كان بدئياً منذ عهد الصغر (مثال التخلف العقلي)، أم ثانوياً بعد سن البلوغ والرشد (مثال الفصام المترقي وداء ألزهايمر)، وفي هذا الجنون الممتد (ويسمى أيضاً الجنون المطبق) يكون الاضطراب الذهني عاماً وشاملاً كل الملكات الذهنية أو أغلبها.

في "الجنون المتقطع" يكون الاضطراب الذهني عاماً؛ لكن مسيره يكون بنوبات تفصل بينها فترات هدأة (مثال مرحلة خصبة من الاضطراب الفصامي، أو حالة ذهانية تالية لولادة، أو النوبة الهوسية، أو هجمة الاكتئاب الجسيم...إلخ). وربما لا يكون الاضطراب الذهني عاماً وشاملاً، بل مقصوراً على ناحية محددة، فذهن المريض مضطرب؛ إذا تعلق الأمر بناحية منه، لكنه يتمتع بذهن سليم إذا كان الأمر متعلقاً بناحية أخرى (مثال الغيرة المرضية الضُلالية، أو ضُلال صحة النسب، أو الضُلال المراقي... إلخ).

● **و"المعتوه" في لغة القانون** هو الشخص الذي اختل شعوره بحيث يكون فهمه قليلاً وكلامه مختلطاً وتدبيره فاسداً.

● **و"السفيه"** هو فرد يُسرف في الإنفاق بما يخرج عن الحاجة وعن المعتاد، ويبذر في ماله خلاف ما يقتضيه المنطق والعقل والشرع.

● **أما المغفل أو المصاب بـ "الغُفلة"**؛ فهو شخص لا يهتدي إلى التصرفات الملائمة، فيُغبن، ولا يعرف أن يحتاط في معاملاته لبلاهته (مثال بعض الأفراد المراقيين والهستريائيين ضحايا البحث عن الشفاء العجائبي عند المشعوذين... إلخ).

ومن المصطلحات القضائية التي يجب أن يعرفها الطبيب أيضاً:

أ- القوامة: كل إنسان ناقص الأهلية أو فاقد الأهلية تجب عليه القوامة الشرعية، ويكون فرض القوامة ورفعها بحكم القضاء الشرعي متى توافرت أسبابه، ويجب أن يكون تعيين القيم في قرار الحجر نفسه (الحجر= المنع). ويباشر القيم سائر التصرفات التي تعود إلى "المجنون"؛ لأن القوامة هي حجر على التصرفات القولية، أما التصرفات الفعلية فلا حجر فيها؛ لأنه لا يمكن رفع أثرها بعد وقوعها بعكس التصرفات القولية.

"المجنون" و"المعتوه" محجوران لذاتهما، ويقام على كل منهما قيم بوثيقة وتقرير طبي، أما "السفيه" و"المغفل" فيُحجران قضاءً، وتصرفاتهما قبل القضاء نافذة، والحجر هنا يقع في بعض الحالات، وللقاضي أن يأذن بتسليم المحجور عليه بسبب السفه أو الغُفلة جانباً من أمواله لإدارتها.

ويجب التنبيه على أن صلاحيات القيم على المحجور عليهم تقتصر على المعاملات المالية؛ لأنها ولاية على المال، وأما الولاية على النفس فلا دخل للقيم بشؤونها، فلا يستطيع القيم أن يزوج "المجنون" أو "المعتوه"؛ لأن الولاية على النفس هي للأقارب، وتخضع لترتيب محدد بحكم الشرع. غير أنه قد تجتمع الولايتان معاً كما لو كان القيم الأب أو الجد، فهنا يُعدَ قيماً على السفيه مثلاً من جهة تعيينه القضائي ووليّاً على النفس من جهة ثانية بحكم الشرع.

ب- الأهلية العقلية في الزواج والطلاق: إن زواج "المجنون" من خلال الولي على النفس صحيح؛ مهما كانت درجة "الجنون"، وزواج المرأة ولو كانت فاقدة الأهلية صحيح متى أجرى العقد وليها. أما الطلاق فيجب أن يصدر عن إرادة صحيحة ووعي تام، ويجمع الفقهاء على أن المصاب بمرض عقلي أياً كان نوعه مما يؤدي إلى أن يتصف بـ"الجنون"؛ فإن ذلك الشخص غير مؤهل لإعطاء قرار بطلاق زوجته.

ج- أهلية أداء الشهادة أمام المحاكم: لا بدّ أن يكون الشاهد سليم الإدراك وواعياً لما يدور حوله وعارفاً بما ينجم عن أقواله. وللمحكمة أن ترفض شهادة شخص مصاب باضطراب عقلي يمكن وصفه بـ"الجنون المطبق" لعدم تمتعه بالإدراك الكافي، ولها أن تأخذ بشهادة شخص؛ إذا كانت درجة مرضه

العقلي لا تؤثر في دقة معلوماته وأجوبته. وقد يلجأ القاضي إلى الاستعانة بخبرة طبية نفسية لتحديد مدى تأثير مرض الشاهد في إدراكه؛ إذا ارتأى أن شهادته جوهرية في الدعوى المنظورة.

تجدر الإشارة إلى إمكانية الإدلاء بشهادات كاذبة أو خاطئة من قبل بعض المرضى كما يحدث في بعض الاضطرابات الهيستريائية والضلالات الذهانية المزمنة، وأحياناً اتهام الذات وتجريمها في بعض حالات الاكتئاب الجسيم.

د- **أهلية الحضانة:** يُشترط هنا البلوغ والعقل والقدرة على صيانة الولد صحةً و خلقاً، وكل قرار في هذا الخصوص يجب أن يحترم المصلحة العليا للطفل.

هـ- **الأهلية لمهنة ما:** عندما يُطلب من الطبيب تقرير حول أهلية شخص ما للقيام بالمهام المطلوبة في عمل ما؛ فإنه غير ملزم إفشاء السر المهني وتعليل السبب في تقريره، ويمكنه أن يكتفي بالتصريح أن هذا الشخص صالح أو غير صالح لهذا العمل.

و- **أهلية التعويض:** إذا أتلف المريض مالاً لغيره وجب الضمان من ماله فيما أتلفه؛ إذ إن كل فعل أقدم عليه شخص، وسبّب لآخر خسارة أو أذى؛ يوجب على من أقدم على الفعل دفع تعويض له، والزام التعويض هذا هو ثابت ومستقل عن أي احتمال بانعدام المسؤولية الجزائية للمريض.

ز- يمكن لبعض الاضطرابات النفسية أن تتفاقم بسبب **الكروب الناجمة عن بعض الأعمال**؛ مما يسوّغ المطالبة بالتعويض، ويخضع المشتكي لخبرة طبية نفسية لتقييم مدى تفاقم حالته بسبب الواقعة.

ح- **تُطلب الخبرة الطبية النفسية** أيضاً لتقييم الحالة النفسية للضحية الذي عانى أذية انفعالية وكروباً نفسية تالية لرض جسدي أو لظروف خاصة؛ ودراستها (مثال: معسكرات الاعتقال والسجون... إلخ).

ط- **يطرح الطب النفسي للأطفال أسئلة نوعية وخاصة:** إذ يجب أن يؤخذ بالحسبان - قدر المستطاع - استقلالية الطفل وخصوصيته ضمن وحدته العائلية، وإن إساءة معاملة الأطفال - والتي تشمل كل مواقف التعنيف النفسي أو الجسدي أو كليهما وكذلك الإهمال والاستغلال الجنسي - هي ممارسات شائعة، وتقود بشدتها أو تكرارها إلى ظهور آثارها في الحالة العامة للطفل، وتضر بعمق تطوره الجسمي والنفسي، والإجراءات التي يجب اتخاذها يجب أن تصبَّ في المصلحة العليا للطفل. وتتطلب دراسة هذه المسائل مقاربة مشتركة لاختصاصات متعددة (طبية عامة، ونفسية، وجراحية، واجتماعية، وقضائية) بهدف الوقاية والتشخيص والمعالجة، وتشارك فيها المؤسسات المؤتمنة على استمرارية حماية الأطفال. ويمكن لدراسات الضحايا وبحوثهم تقديم إضاءات خاصة ومهمة في هذه المسائل.

ثالثاً- القضايا الأخلاقية والقانونية من الزاوية الجرمية الجزائية:

يستمد الطب النفسي حجته في التدخل في علم الجريمة والقضاء من القاعدة الشرعية القائلة: "إذا أخذ ما وهب أبطل ما أوجب" ومن فحوى التشريع الذي ينص على أنه يُعفى من العقاب من كان في حالة "جنون". هذا الجانب القانوني من مهنة الطب النفسي هو موضع جدل مستمر، سواء بالنسبة إلى ضرورة علاج بعض المرضى دون إرادتهم نظراً لخطورة سلوكهم؛ أم بالنسبة إلى تقييم توافر العنصر المعنوي من أركان الجريمة؛ وبالتالي درجة المسؤولية الجزائية. وكل ذلك يُلزم الطبيب النفسي العمل بأكبر قدر من الأمانة والموضوعية والتروي حين يطلب منه الإجابة عن الأسئلة التي يطرحها عليه القضاء:

- هل المتهم مصاب باضطراب عقلي في لحظة ارتكاب الجرم المنسوب إليه؟
- هل هناك صلة بين الاضطراب العقلي المصاب به والجريمة المتهم بها؟
- هل يُعدّ المتهم خطراً على السلامة العامة أو على ذاته أو عليهما معاً؟
- هل يدرك المتهم معنى العقاب أو يجب وضعه في المأوى الاحترازي؟

إذاً يجب البحث في قضيتين جوهريتين، هما تقييم المسؤولية الجزائية للمتهم، وقياس درجة الخطورة عنده:

١- مسألة تقييم المسؤولية الجزائية:

التشريعات الحالية في هذا الموضوع هي سلالات وتعديلات للمادة ٦٤ من قانون العقوبات الصادر عام ١٨١٠ في فرنسا، والتي تنص على أنه "لا يوجد جناية ولا جنحة عندما يكون المتهم بحالة عته في وقت ارتكاب الفعل، أو عندما يكون تحت تأثير قوة لم يستطع مقاومتها". وفي عام ١٩٠٥ أدخلت المادة ٤٦٣ من القانون السابق مفهوم الظروف المخففة لمصالح الأشخاص الذين يمكن القول بأن حالتهم العقلية من طبيعة تُنقص حرية الإرادة دون أن تسوّغ اللامسؤولية الكاملة، وقد أعيدت صياغة هذه المواد في قانون العقوبات الفرنسي الجديد عام ١٩٩٤ (المادة ١-١٢٢): "غير مسؤول جزائياً الشخص الذي كان مصاباً - في لحظة الفعل- باضطراب

نفسي أو عصبي - نفسي أدى إلى انعدام قدرته على التمييز أو ضبط أفعاله"، و"الشخص الذي كان مصاباً - في لحظة الفعل - باضطراب نفسي أو عصبي- نفسي أدى إلى تشوش قدرته على التمييز أو أعاق ضبط أفعاله يبقى قابلاً للعقاب، مع ذلك فالمحكمة تأخذ هذا الظرف بالحسبان حين تحدد العقوبة، وتصف طرائق تنفيذها".

وتطور التشريع في البلدان الأنجلوساكسونية - وفي بريطانيا خاصة - في هذه المواضيع تطوراً موازياً، مع بروز موضوع القصد الجرمي أي أن يكون الفعل الجرمي قد تم تنفيذه بقصد جرمي؛ كي يعاقب عليه. لكن التحول التاريخي حدث بمقتل إيدوارد دراموند (أمين سر حزب المحافظين في عام ١٨٤٣) من قبل المدعو دانييل ماك نوتون Daniel M'Naghten (يلفظ اسمه McNaughton، وأحياناً يكتب كذلك أيضاً) الذي كان مصاباً بضلال الملاحقة، وتثبتت فكرته الضُّلالية على روبير بيل (رئيس حزب المحافظين في تلك الحقبة)، وحاول قتله، ولكنه أخطأ هدفه، وقتل أمين سر الحزب. وقد أعفته المحكمة التي نظرت في قضيته من المسؤولية بدعوى "الجنون"؛ مما أدى إلى الاستياء العام وغضب الملكة ومجلس اللوردات من القضاة، وإلى المطالبة بوضع معيار لتقييم المسؤولية الجرمية، وقاد ذلك إلى وصف اختبار ماك نوتون الذي يعتمد قياس الوظائف الاستعرافية، وينص على أنه "يجب أن يثبت - على نحو صريح وواضح - أن المتهم كان في لحظة ارتكاب الفعل الجرمي تحت تأثير مرض عقلي يحول بينه وبين معرفة الخطأ في ماهية الفعل". وسُميت هذه القاعدة "قانون ماك نوتون M'Naghten rule"، وتم تطبيقها لدى السلطات القضائية في البلدان الأنجلوساكسونية وفي العديد من الولايات المتحدة الأمريكية. لكن حدوث اضطراب في نتائج العديد من الدعاوى الجزائية دفع لجنة من القضاة في إنكلترا إلى معالجة مفهوم المسؤولية الجنائية لتشمل الحالات التي تقع تحت تأثير "دافع لا يقاوم" irresistible impulse بسبب مرض عقلي؛ فالمتهم بفعل جنائي هو غير مسؤول جزائياً؛ إذا ارتكب الفعل تحت تأثير دافع لا يستطيع مقاومته بسبب مرضه العقلي. وهذا المفهوم لم يلقَ استحساناً عند الكثير من الأطباء النفسيين؛ لأنه في الواقع لا يغطي سوى حالات محدودة من الاضطرابات العقلية. في عام ١٩٥٤ صدر قرار عن محكمة كولومبيا في الولايات المتحدة الأمريكية، عُرف بقانون دورهام Durham rule، وفيه طي للأسس الاستعرافية التي اعتمدها قانون ماك نوتون، وكذلك اختزال لمفهوم الدافع الذي لا يقاوم؛ وأبرز موضوع توجيه الإرادة وسيطرتها وضبطها الإرادة في تصرفات الفرد؛ مما أفسح المجال واسعاً أمام اجتهادات الأطباء النفسيين وخبراتهم، وأدى إلى التباس في تفسير القضاة لتعابير مثل المرض العقلي، والخلل العقلي، والتصرف الناجم عن اضطراب عقلي، مع تمايز في مواقف الأطباء بشأن ما قد يُحدثه المرض العقلي في صاحبه من خروقات للقانون. في عام ١٩٧٢ عُطِّل قانون دورهام من قبل المحكمة التي وضعته ذاتها، وقررت القبول - بديلاً منه - بالمعايير المقترحة من قبل معهد القانون الأمريكي (ALI) والموصى بها منذ عام ١٩٦٢ في صياغة القانون الجزائي؛ وهي حصيلة دمج بعض العناصر الاستعرافية من قانون ماك نوتون مع عناصر الدافع الذي لا يقاوم، فقد عدّ المعهد الأمريكي للقانون أن الشخص يكون غير مسؤول عن تصرف جنائي؛ إذا كان في وقت الفعل تحت تأثير مرض أو خلل عقلي أدى إلى نقص واضح في إمكانية إحاطته وإدراك جرمية تصرفه، أو أدى إلى تعطل في قدرته على مطابقة سلوكه بما يتفق مع القانون. إذاً يُلاحظ وجود خمسة مؤشرات إجرائية وعملياتية هي مرض عقلي، وخلل عقلي، وقصور جوهري في القدرة على الإدراك، ومدى الإحساس بالخطأ، ودرجة الاستطاعة على مطابقة التصرف بحسب ما يقتضيه القانون. لقد أخذ هذا القانون بالحسبان حالة المريض الذهاني الذي يعرف أن الجريمة خطيئة أخلاقية وقانونية؛ لكنه يُقدم مع ذلك على القتل تحت تأثير ضُلّالات زورانية وأهلاس آمرة. ولم يحاول هذا القانون تعريف المرض العقلي؛ لكنه شدّد على أن تعبير مرض عقلي أو خلل عقلي لا يشمل الحالات غير السوية التي تتظاهر فقط بسلوك متكرر إجرامي ومضاد للمجتمع؛ هذا التصور يمنع الأشخاص المعتلّين اجتماعياً sociopaths من التخلص من المسؤولية الجنائية عن تصرفاتهم الجرمية بالادعاء أن سلوكهم كان تحت تأثير اضطراب نفسي أو عقلي ألمّ بهم.

أخيراً، ونتيجة الانفعال الذي أثارته قضية John Hinckley الذي حاول اغتيال الرئيس الأمريكي رونالد ريغان عام ١٩٨١ إذ قضت هيئة المحلّفين بأنه غير مذنب؛ مما حرض حراكاً واسعاً ونقاشات في الكونغرس تطالب بالصرامة في تطبيق مفاهيم التشريعات في حين وُضع جون هنكلي تحت الإقامة الدائمة في مستشفى القديسة إليزابيت في واشنطن.

أما في التشريع الجزائي السوريّ فإن "الجنون" هو من الأسباب التي تنفي المسؤولية، وتمنع العقاب، وعلة امتناع

العقاب عند توافر "الجنون" ترجع إلى انعدام أحد عنصري الأهلية للمسؤولية الجزائية، وهما القدرة على التمييز وحرية الاختيار؛ أو كليهما. وقد نصت المادة /٢٣٠/ من قانون العقوبات السوريّ على أنه "يعفى من العقاب من كان في حالة جنون"، ويستدعي تطبيق هذه المادة توافر العناصر التالية:

أ- وجود فقد القدرة على التمييز أو حرية الاختيار أو كليهما معاً.

ب- ويجب أن يكون ذلك راجعاً للجنون.

ج- وأن يتحقق هذا في وقت ارتكاب الفعل المكون للجريمة.

إذاً لا يكفي ثبوت "الجنون" في إحدى الحالات، وإنما يجب البحث عن تأثيره في القدرة على التمييز وحرية الاختيار واعتبار المسؤولية رهناً بهذا التأثير. وإذا لم يكن فقد القدرة على التمييز أو حرية الاختيار معاصراً للفعل المكون للجريمة؛ فلا تنعدم المسؤولية الجزائية. وتنص المادة /٢٣٢/ من القانون على العذر المُخفِّف: "من كان حين اقتراف الفعل مصاباً بعاهة عقلية وراثية أو مكتسبة أنقصت قوة الوعي أو حرية الاختيار في أعماله يستفيد قانوناً من إبدال عقوبته أو تخفيفها وفقاً لأحكام المادة /٢٤١/". إذاً يمكن للمسؤولية الجزائية أن تكون تامة أو ناقصة أو لا مسؤولية.

بعد استيفاء شروط المادة /٢٣٠/ على المحكمة التي قضت بعدم المسؤولية الجزائية أن تحجز الشخص في مأوى احترازي بموجب المادة /٢٣١/ إلى أن يثبت شفاؤه بقرار تصدره ذات المحكمة، ويمكن أن تُفرض المراقبة على المحجور عليه عند إطلاق سراحه. والمادة /٢٣١/ تفرق بين حالتين:

أ- إذا كانت الجناية أو الجنحة مقصودة، واُقترفت في حالة جنون، وعقابها الحبس سنتين كحد أدنى؛ يصدر حكم بحجر الفاعل في مأوى احترازي حتى يثبت شفاؤه.

ب- أما إذا كانت الجناية أو الجنحة غير مقصودة، واقترفت في حالة جنون ،وعقابها الحبس أقل من سنتين؛ فلا يصدر حكم بحجز الفاعل في مأوى احترازي إلا إذا ثبت أنه خطر على السلامة العامة.

الجنون الطارئ بعد ارتكاب الجريمة:

إذا ظهرت الاضطرابات العقلية في أثناء إجراءات التحقيق والمحاكمة، يُؤجل اتخاذ الإجراءات التي لم تكن قد اتخذت قبل الإصابة بالجنون، وتستأنف هذه الإجراءات سيرها حالما يعود للمتهم من الرشد ما يكفي لقيامه بالدفاع عن نفسه، ولا يحول هذا الإيقاف دون اتخاذ الإجراءات التي لها صفة الاستعجال، وإنما من غير الجائز مثلاً استجواب المتهم أو إجراء مواجهة بالأدلة والشهود. أما في حال الجنون الطارئ بعد صدور الحكم، فيؤجل البدء بتنفيذ العقوبات التي تفترض اتخاذ إجراءات ضد الشخص المحكوم عليه، أما العقوبات التي لا يتطلب تنفيذها اتخاذ مثل هذه الإجراءات؛ فلا يمنع القانون من تنفيذها (مثل الغرامة والمصادرة... إلخ).

تقود محاولة المطابقة بين الاضطرابات العقلية وبين المفاهيم القضائية إلى اللامسؤولية الجزائية أو إلى إنقاصها:

المحاكمة العقلية هي أكثر ملكة ذهنية تعقيداً في وظائف الدماغ؛ لأنها تتطلب سلامة مختلف الوظائف العقلية وتضافرها، وخصوصاً الانتباه والتركيز والتعليل الفكري المنطقي والتساؤل والحس النقدي وكذلك ذاكرة حفظ المكتسبات القديمة والتجارب المُعاشة. والمحاكمة العقلية السليمة هي النشاط الذهني الذي يستطيع به الشخص ملاءمة تصرفه مع الموقف الحاضر، ويرسم الخطوط العريضة لتنظيم سلوكه وفقاً لرؤية مستقبلية يمكن أن يتوقعها ويتأقلم معها، وتتعرض المحاكمة العقلية للاضطراب في العديد من الحالات السريرية مثل:

أ- العتاهة (أو الخرف): تتظاهر باضطرابات تتغير بحسب طور المرض؛ فهي تصيب أولاً الذاكرة ثم بعد ذلك المحاكمة العقلية والسلوك الانفعالي. وكذلك تختلف الأفعال الجرمية بحسب مرحلة العتاهة. فيمكن لاضطراب الانتباه والذاكرة أن يؤدي إلى حدوث حريق بسبب النسيان أو إلى سلوك تعرٍّ لاشعوري، في حين قد تدفع ضُلالات الحاجة والعوز المسن إلى السرقة من على (البسطات)، وقد تشتد سرعة الاستثارة الانفعالية أحياناً وتقود المصاب إلى انفجارات انفعالية غاضبة كأفعال عنف وضرب وجرح؛ وقد تنتهي الغيرة الضُلالية المرضية المتأخرة بين زوجين مسنين بالقتل. المخالفات الجنسية شائعة الحدوث، ولا سيما التحرش بالأولاد والقريبات، وتتعلق بالاندفاعات الغريزية وبالتدهور الفكري أكثر من تعلقها بتراجع الحس الأخلاقي؛ وقد يستغل بعض الشباب هذه المخالفات؛ ليصبح المسن المريض ضحية الاحتيال.

ب- التخلف العقلي: يجعل قصورُ النضج العقلي المصابَ سريع الانفعال وسهل الانقياد وقابليته للإيحاء كبيرة؛ مع صعوبات في القدرة على التأقلم واضطراب في الطباع. كل ما سبق يجعله عرضة لهجمات عنف غير مسوّغة وانحرافات جنسية، وقد يصبح المريض ضحية لاستغلال الآخرين له.

ج- الحالات النهائية التالية لأذية دماغية: مثل التهاب

الدماغ أو الأورام الدماغية أو رضوض الجمجمة وغيرها؛ إذ قد يقود الهياج وفرط الاستثارة الانفعالية والضُّلالات المريض لارتكاب أفعال جرمية أو للتشرد.

د- الاضطرابات الذهانية ما بعد الولادة: ويرافقها احتمال إهمال الوليد حتى خطورة قتله.

هـ- الصرع الصدغي: وهو صرع غني بالتظاهرات النفسية؛ إذ تشاهد في بعض الحالات أفعال عنف اندفاعية (ضرب، أو جرح، أو قتل) تتصف بغياب الدافع والتعمد، وبالفجائية وبضراوة التنفيذ، وبغياب التمويه أو الهرب، وباللامبالاة بعد الفعل وبغياب الندم، والنسيان الكامل للفعل خاصة. وقد تكون الأفعال الجرمية المرتكبة خلال نوبة الصرع الصدغي سرقة أو حريقاً أو اعتداءً جنسياً، ومن المعروف أن الكحول يحرض العدوانية والصرع، ويجب أن تبقى في ذاكرة الطبيب الفاحص على الدوام الملاحظة التالية: ليس كل جنحة أو جناية يرتكبها شخص مصاب بالصرع هي فعلاً ناجماً عن الصرع، وليس كل صرعي هو مجرماً كامناً.

و- الاضطرابات الفصامية: من الناحية الطبية - القضائية؛ قد تشاهد أفعال جرمية وعنف غير مسوّغة وفجائية في الطور البدئي للفصام، أو في أثناء هجمة تطورية وخصبة للمرض مع ما تحمله من ضُلالات زورانية وهلوسة، أو اندفاع غير متوقع لعدوانية عنيفة لدى مريض يعاني اضطرابات فصامية جامودية بقي طويلاً في حالة انسحابية وسلبية.

تكتسب الأشكال السريرية لبداية الفصام - من وجهة نظر علم الجريمة - أهمية خاصة؛ لأنها قد تبدأ بفعل طبي- شرعي جرمي تتدرج خطورته من التشرد إلى القتل؛ وهناك جدل مدرسي حول ما يدعوه بعض الدارسين "البداية الطبية -الشرعية للفصام". تقود صعوبات التأقلم مع الحياة الدراسية والمهنية والاجتماعية الشخص المصاب بالفصام إلى ترك العمل أو الدراسة، وإلى الهرب من المنزل والفرار من الخدمة العسكرية، وإلى التشرد والتوهان في المدن والأرياف.

وجريمة السرقة ليست نادرة في مرضى الفصام، ولها طابع خاص؛ فغالباً ما تكون سرقة من على بسطات العرض، وقد تكون فجائية أو مدبرة، ويمكن أحياناً ملاحظة مهارة في التنفيذ يليها محاولة للتمويه. أما عند استجوابه؛ فيتميز المريض بالفصام إما بالصمت اللامبالي وإما بابتسامة ساخرة معبراً عن توحد autism حالم.

أما جريمة القتل عند الفصامي فتتصف بما يلي:

◆ فعل فردي لا يشارك فيه مساهم آخر.

◆ لا يجد المشاهد الخارجي أي دافع أو مسوّغ ظاهر.

◆ غياب التعمد أو الترصد، وقرار الجريمة فجائي يتبعه على الفور اندفاع لا يقاوم لتنفيذه مباشرة.

◆ تتسم طريقة التنفيذ بعنف وقسوة غير مفهومة.

◆ غالباً ما تكون الضحية من أقرباء المريض؛ ولاسيما الأب أو الأم أو كليهما.

◆ لا توجد أي محاولة للتمويه أو الإخفاء بعد ارتكاب الجرم.

يبقى المريض- عموماً، وبعد الفعل الجرمي- بارد الانفعال ولا مبالياً وغير نادم، وأحياناً يبدي بعض القلق.

◆ يعترف المريض بجريمته من دون أن يجهد نفسه بالدفاع عنها.

◆ وقد تكون جريمة القتل عرضاً افتتاحياً وبادرياً للفصام؛ ويزداد احتمال ارتكاب الجريمة؛ إذا توافرت العوامل التالية:

● وجود أعراض اضطراب تفكير عميق مع ضلالات ناشطة وأهلاس آمرة [ر. الفحص والتشخيص في الطب النفسي].

● مشاركة الكحولية أو إدمان المخدرات وبعض المؤثرات العقلية.

● توقف المعالجة وانقطاع المتابعة الصحيحة للأدوية الموصوفة.

● إذا كان الاضطراب الفصامي ذاته مُعنداً على العلاج.

● غياب الدعم العائلي والاجتماعي واتباع حياة مهمشة.

في جميع الأحوال، يتذكر المريض بالفصام مراحل الفعل الجرمي، وهذا ما يفرقه عن الجريمة في حالة الصرع الصدغي، ويرافق فعله أحياناً القلق وهبوط المزاج وغياب المتعة غياباً تاماً، وهذا ما يفرقه عن حالة الجريمة السادية.

ز- اضطرابات المزاج ثنائية القطب:

● **في الطور الاكتئابي:** محاولات الانتحار والانتحار ليست استثنائية في الاكتئاب؛ فقد ينتحر المريض المصاب بالاكتئاب الجسيم والمشبع بالقلق، وقد يقتل شخصاً آخر قبل أن يُقدم على الانتحار في إطار ما يُعرف بالانتحار الإيثاري (لكي يخلص القتيل من ألمه الوجودي حسب ضلالاته التشاؤمية)، ويحدث أحياناً قتل لاإرادي بسبب الطريقة المختارة للانتحار والمؤذية للآخرين (الغاز، النار، حادث سيارة... إلخ)، لذلك يجب إجراء تقييم سريري شامل حتى في حالة وفاة المنتحر. ولا يُعدّ الانتحار أو الشروع فيه جريمة في التشريع الجزائي السوري، وكذلك لا تُعدّ إصابة الشخص أو إيذاؤه نفسه جريمة، ولا يَرجع السبب في عدم المعاقبة على الانتحار أو

على إيذاء الشخص نفسه إلى اعتراف الشارع لكل شخص بسلطة التصرف في حياته أو سلامة جسمه، وإنما يرجع عدم المعاقبة إلى اعتراف الشرع بأن العقاب لا يجدي في هذه الحالة فتيلاً، ولا يفيد قط في الردع عن الإقدام على هذه الأفعال. ومن ناحية أخرى، فإن من يحاول الانتحار أو إصابة نفسه هو شخص يجتاز أزمة نفسية، فواجب المجتمع حياله هو أن يعالجه ويساعده على الخروج من المأزق الذي هو فيه، لا أن يلاحقه ويعاقبه. وفي المقابل؛ عدّ الشارع السوري أن المساعدة والتحريض على الانتحار جريمة خاصة ينبغي فرض العقاب على فاعليها.

● **في الطور الهوسي:** الجريمة ضد الممتلكات أكثر انتشاراً في هذا الطور من المرض من الجرائم ضدّ الأشخاص، فقد يقترف المريض جرائم انتحال الشخصية، أو الاختلاس أو السرقة، أو إبرام عقود دون وجود رصيد، أو الإسراف في الإنفاق والتبذير وأحياناً تحطيم الممتلكات العامة، كما أن المخالفات الجنسية شائعة (إخلال بالآداب العامة، أو تحرش، أو تعرٍّ، أو استمناء في الأماكن العامة، أو اغتصاب، أو انتهاك حرمة المنازل... إلخ).

أما مخالفات قانون السير فقد يغذيها في الطور الاكتئابي اضطراب الانتباه وبطء الفعالية النفسية وتأثير الدواء، ويأتي الخطر في الطور الهوسي من سائق مسرع ومتهور تغذيه أفكار ومشاعر عظمة. قد تجعل هذه الاضطرابات المزاجية المريض ضحية نموذجية في بعض الحالات نتيجة سهولة الانقياد في الطور الاكتئابي وغياب الكبت في هشاشة الطور الهوسي.

تطبق اللامسؤولية عادةً في الطور الحاد للاضطراب الذي تتوافر فيه عناصر فقد القدرة على التمييز أو ضبط الأفعال؛ وتطبق المسؤولية الناقصة في الأطوار غير الحادة للاضطراب التي يلاحظ فيها نقص القدرة على التمييز أو ضبط الأفعال؛ وليس فقدانها.

ح- الاضطرابات الضُلالية:

الاضطراب الضُلالي في شكله التأويلي هو خطر على أشخاص محددين، أما في شكله الأهلاسي فخطر على جميع الناس، وفي الواقع: يوجد عدد كبير من المرضى المصابين بضُلال الملاحقة المزمن الذين لا ينتقلون إلى تنفيذ الفعل الجرمي؛ ومنهم من يهدد ولا يعتدي؛ وبعضهم - على النقيض- لديه سلوك سلبي؛ فيهرب من الشتائم والتهديدات التي يسمعها بأهلاسه، وقد يدفعه هذا إلى ترك البيت والإقامة في الفندق، وفي بعض الحالات قد يتخفى أو يسافر خارج بلده على نحو نظامي أو غير نظامي.

ويصاب عدد من المرضى الذين يعانون ضلال الملاحقة بالاكتئاب، ويحاولون الانتحار؛ وآخرون قد يتوجهون إلى مراكز الأمن والشرطة طالبين الحماية، ومجموعة أخيرة قد تلجأ شخصياً إلى تنفيذ ما تعتقد أنه عدالة:

◆ إيذاء قد يصل لدرجة القتل في ضُلال الغيرة المرضية.

◆ تهجم وأفعال عنف ضد الأطباء والجراحين في الضُلالات المراقية.

◆ ضُلالات النسب تدفع المصابين بها إلى رفع دعاوى وإجراء فحوص مخبرية.

◆ مطالبة بالتعويض عن الحقوق في المصاب بضُلال الاختراع.

◆ وفي حالات نادرة يلجأ المريض إلى اتهام ضُلالي لذاته بأفعال جرمية لم يرتكبها، ولكنها كانت موضوع إثارة وضجة في وسائل الإعلام.

ط- الاضطرابات العصابية:

مثل الاندفاع الوسواسي القهري للسرقة (سرقة للسرقة؛ وليست لقيمة المسروقات) ،فمن العسير إقناع رجال القضاء بتأثيرها في المسؤولية الجزائية.

ي- اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع antisocial:

تتصف الشخصية هنا بالاستهانة بحقوق الآخرين وانتهاكها، وبالإخفاق في الامتثال للقواعد الاجتماعية والقيام بأفعال تكون سبباً للتوقيف، وبالاحتيال والكذب بهدف المنفعة الشخصية أو المتعة، مع الاندفاعية وفشل في التخطيط للمستقبل، واستثارة المشاجرات والتعديات المتكررة والاستهتار بسلامة الذات والآخرين، وعدم تحمل المسؤولية والوفاء بالالتزامات والافتقار إلى الشعور بالندم مع لامبالاة لأذى الآخرين أو تسويغه.

كل ما سبق يجعل من الشخص حامل هذا الاضطراب فرداً غير مرغوب فيه لا في السجن ولا في المستشفيات؛ إذ لا ينفع فيه العلاج العقابي ولا العلاج الطبي النفسي، وعموماً؛ يميل القضاء إلى الحكم بالمسؤولية الكاملة في هذه الحالة.

ك- الكحولية وإدمان المخدرات:

موضع جدل كبير يدور حول وجود اضطراب نفسي قابل للعلاج أو لا؟ المشاركة الشائعة بين إدمان المواد الفعالة نفسياً وبين اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع تجعل مشكلة الإدمان أكثر تعقيداً لدى تقييم المسؤولية الجزائية؛ إذ يتم التفريق بين الجرائم التي ترتبط بالبحث عن توفير المادة المخدرة (تزوير وصفات طبية، السطو على الصيدليات،

الدعارة... إلخ)؛ والجرائم التي تتعلق بالاضطرابات السلوكية التالية لتعاطي المخدرات. وأخيراً هناك حالات كان فيها تعاطي الكحول والمخدرات تحضيراً واعياً للجريمة (هذا الموقف يدفع القضاة باتجاه تشديد العقوبات).

٢- مسألة درجة الخطورة وإشكالية تقييمها:

في الممارسة الطبية العامة أحياناً، وفي عمل الطبيب النفسي غالباً، وفي مجال الطب النفسي - الشرعي خصوصاً؛ يتم طرح موضوع تقييم درجة الخطورة عند شخص ما بهدف تسويغ المعالجة القسرية أو الاستشفاء الإلزامي، وفي إطار الخبرة الطبية القضائية بعد أن تم تقرير المسؤولية الجزائية.

الخطورة هي مفهوم اجتماعي وطبي نفسي وعدلي، تزداد أهميته حالياً وعالمياً بسبب اشتداد مشاكل العنف والجنوح والجريمة ومظاهر الإرهاب ووسائل الحفاظ على السلامة العامة، لذلك تعدّ الخطورة مسألة أساسية، تشغل بال كل من رجال التشريع وعلماء الجريمة، وعلماء الاجتماع والتربية، والأطباء النفسيين الشرعيين ورجال الأمن وضبط النظام العام.

تتجاوز الخطورة مفهوم المرض العقلي؛ فليس كل مريض عقلي خطراً، والكثير من حالات الخطورة تعود إلى أشخاص لا علاقة لهم بالطب العقلي. إن مفهوم الخطورة يصطبغ بشحنة انفعالية وعاطفية قوية تتصل بصورة "المجنون الخطر" مع ما تستدعيه من مشاعر الخوف التي تعيشها المجموعة الاجتماعية على نحو لا منطقي، وتتناقله وسائل الإعلام أحياناً على نحو تناقضي:

■ إذا كان الرأي العام يعدُّ شخصاً ما خطراً على المجتمع؛ فإن تحريره من السجن أو خروجه من المستشفى العقلي يدفع للاحتجاج على أنه فعل غير طبيعي أو حتى جرمي وفضائحي.

■ وعلى النقيض - حين عدم وضوح وجه الخطورة للرأي العام - يُصبح إيداع فرد ما في السجن أو في المستشفى العقلي موضع الحديث عن عقوبات عمياء أو عن حجر تعسفي.

ودراسة الخطورة معقدة بسبب:

● تداخل مستلزمات تقنية متنوعة ومتعددة في وصفها مثل السلامة العامة، وحقوق الأفراد وحرياتهم، واحترام القانون والنظام العام، وجدوى العقاب ومكان العلاج وشروطه (في المستشفى أو خارجه، في السجن).

● اعتمادها على علوم تحمل كثيراً من الفرضيات والتساؤلات كالتي تُلفى خصوصاً في علوم الطب النفسي وعلم الجرائم وعلم الجنايات السريري.

ما يزال مستوى المعرفة في الطب النفسي في مرحلة تجميع الأعراض في متلازمات وصفية، ولم يبلغ مرحلة معرفة السببيات الإمراضية. أما بالنسبة إلى علم الجريمة فإن المعرفة هي موضع جدل قد يمس حتى تعريف الجريمة. وإلى جانب علم الجريمة النقي ذي الروح القضائية؛ هناك علم الجريمة الاجتماعي وكذلك علم الجريمة العضوي - النفسي ذو الروح الطبية. لذلك توجد تعاريف متعددة لـ"حالة الخطورة" تتضمن معاني تختلف بحسب المؤلفين ومفاهيمهم (القضائية، الطبية النفسية، الاجتماعية، الجنائية)، وحدودها غير دقيقة، وتتمايز بحسب الحضارات والمستويات الثقافية - الاجتماعية وبحسب القانون الأخلاقي السائد في المجتمع؛ فيقتصر بعضهم حالة الخطورة على أشكال الاعتداء الجسدي على الأشخاص (ضرب، إيذاء، قتل، اغتصاب، انتحار، ...إلخ)، وتشمل بالنسبة إلى آخرين كل خروقات القانون بما فيها السرقات رمز الاعتداء على الممتلكات الخاصة والعامة. إذاً هناك شيء من النسبية في مفهوم الخطورة، ويبدو أن كل مجتمع له "عتبة تحمل" ما. عَرَّفَ Debuyst حالة الخطورة كالتالي "هي حدث نفسي- اجتماعي يتصف بمؤشرات تُظهر ارتفاع احتمال ارتكاب شخص ما فعلاً مخالفاً ضد الأشخاص أو الممتلكات أو كليهما". ووصف M. Benezech في عام ١٩٩٧م الخطورة بما يلي: "هي حالة أو موقف أو فعل، يُعرِّض فيها شخصٌ ما أو مجموعةُ أشخاصٍ، الآخرين لخطر مهم من العنف أو الإيذاء أو التحطيم".

تقليدياً تُعرف حالة الخطورة من زوايا متعددة:

أ- من الزاوية القضائية: تُوصف حالة الخطورة بحسب المواصفات والدلائل الوضعية للفعل الجرمي (العنف، الفجائية ،الأدوات المستخدمة... إلخ).

ب- من الزاوية السببية:

(١)- في الطب النفسي: يُستدل على الخطورة بتشخيص المرض العقلي - إن كان موجوداً- وتحري عرض العدائية المرضي، مع ملاحظة عدم وجود أي علاقة بين خطورة المرض وخطورة المريض.

(٢)- في علم الضحية victimology: مواصفات الضحية وسلوكها قد يكون عاملاً محرضاً لارتكاب الجريمة.

(٣)- في علم الجرائم: حيث حالة الخطورة ما هي إلا "لقاء مرضي" بين فرد ببنيته النفسية - العضوية والمحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه، وفي ظرف ما مع الضحية.

ويُعدّ العبور إلى الفعل العنصر الموضوعي الذي يجعل من الفرد مخالفاً أو جانحاً أو مجرماً، ويصوغ اللقاء بين هذا الفرد من المجتمع والمؤسسة القضائية.

الفرد - الموقف (المجتمع، المحيط، الظرف) ←عبور للفعل← جريمة + عقوبة و/او علاج + ضحية

إذاً، سهولة العبور إلى الفعل هي المؤشر الأول للخطورة، لكن هذه السهولة واحتمالاتها ليست ذات بعد فردي، وإنما تتضمن دوماً بعداً ظرفياً واجتماعياً. ومن الناحية السريرية يعتمد تشخيص حالة الخطورة على تقييم درجة الإيذاء الكامن لدى فرد متهم بقدرته على ارتكاب أفعال مضادة للمجتمع، وهنا تبرز صعوبات لا يستهان بها أمام الطبيب النفسي تتعلق بنسبية "حالة الخطورة" من جهة، وقابليتها للتغير في الزمان من جهة أخرى.

يتفق اختصاصيو علم الجريمة على أن الأسباب المولدة للجريمة متعددة، والصعوبة أمام الطبيب النفسي هي تحريه الحالة بتقنياته الطبية النفسية فقط، وهذه لا تكفي للإحاطة بباقي عناصر التقييم المطلوبة. وكذلك لا يمكن تقييم الخطورة الناجمة عن اضطرابات نفسية بمعزل عن موقف محدد؛ لأن العوامل الخارجية التي يخلقها الموقف تتداخل على نحو ثانوي مع بنية الشخصية، وتسهم في تبدلاتها، وفي الواقع يمكن لخطورة متهم ما أن تتغير تغيراً كبيراً في أثناء مرحلة التوقيف التي قد تفصل بين الفعل الجرمي (تاريخ ارتكاب الجريمة) وبين زمن المحاكمة: وأن شخصاً ما لا شك في خطورته في مرحلة ما ليس بالضرورة خطراً بعد عدة أشهر أو عدة سنوات.

عملياً يستند تقييم حالة الخطورة إلى مؤشرات يمكن وصفها في ثلاث مجموعات:

(أ)- **المؤشرات الطبية النفسية:** وترتكز على تقصي عرض العدوانية المرضية في بعض الاضطرابات العقلية، وخاصة في المتلازمات العقلية الكبيرة حيث يشاهد تشوّش السلوك الواضح، كما في خرف الشيخوخة بما فيه داء عتاهة ألزهايمر، والتخلف العقلي الشديد، والفصام الزوراني في مراحله الخصبة بالأهلاس الآمرة، والفصام في أشكاله الجامودية، والاندفاع السلوكي العنيف، والضُلالات الاضطهادية، والهوس الغاضب والاكتئاب الجسيم مع انشغالات فكرية انتحارية فردية أو موسعة. وهذه الاضطرابات على نحو عام سهلة التشخيص بسبب تراكم المشاهدات السريرية والمعرفة الطولانية للسيرة الذاتية للمريض، ويكون إنذار الخطورة في هذه الحالات سهل المتابعة والتقييم نسبياً، وخاصة في حالة مطاوعة المريض واستجابته للعلاج.

يجب تأكيد أن تشخيص اضطراب عقلي لا يعني تشخيص حالة خطورة؛ وأن الأذى الاجتماعي عند المرضى العقليين يبقى إحصائياً محدوداً مقارنة بالإجرامية عند أفراد يُعَدون "أسوياء".

وفضلاً عن ذلك قد يكون تشخيص الخطورة الطبية النفسية عند مريض ما، وفي وقت محدد أمراً سهلاً، وعلى النقيض قد يكون من الصعب تقييم الإنذار في حالات أو أطوار أخرى على المدى القريب وليس على المدى البعيد؛ وذلك لأن طول الفترة التي توجد فيها اضطرابات سلوكية تحمل خطورة كامنة ترتبط بعوامل عديدة أخرى (تقبل المريض للعلاج، عوامل محيطية اجتماعية وقضائية وأخرى تتعلق بالضحية).

قد يقوم العلاج ذاته في بعض الحالات بتحرير المريض من أوهامه أو من عطالته، ويعيده للواقع عن طريق العبور للفعل (مثال: محاولة الانتحار لدى مريض اكتئابي بعد معالجته بمضادات الاكتئاب، من دون الانتباه الكافي لحالة القلق وعندما يزول التكبيل والتثبيط النفسي- الحركي الذي كان الاكتئاب يمارسه عليه).

إن اشتداد الأعراض النفسية، وخاصة عرض العنف والعدوانية المرضية، وطبيعة الشحنة الانفعالية المرافقة، وعدم الاستبصار بالاضطراب ورفض العلاج، كلها عوامل ترفع درجة الخطورة الجرمية التي تتفاقم بوجود مشاركات إمراضية (ضُلَال ذهاني حاد أو مزمن + حالة اكتئابية؛ شخصية مضادة للمجتمع + حالة إدمان؛ شخصية نرجسية + حالة صراعية مع تهديد بالانفصال؛ الانحرافات الجنسية المرافقة لوجود غضب تجاه الضحية مثل الميل العنيف للاغتصاب / الغلمة nymphomania / الاعتداء على المحارم/ والسادية + الكحولية).

(ب)- **المؤشرات الاجتماعية:** يُجمع الباحثون على أهمية عوامل الوسط الاجتماعي (العمر، الجنس، الحالة العائلية، الروابط الاجتماعية، البطالة... إلخ)؛ لكن استثمار هذه العوامل في إطار تقييم حالة الخطورة يبدو حساساً وليس سهلاً:

- **من ناحية نظرية:** إن القدرة على تقييم هذه العوامل يخرج عن نطاق الكفاءة الرسمية المعترف بها للطبيب وتأهيله المهني.
- **من ناحية عملية:** إن هذه العوامل تتبدل باستمرار، كما

تتغير حالة الخطورة؛ لأن الظروف العاطفية والعائلية والمهنية والعلاقاتية تتفاعل مع الميول الشخصية وتتبلور معها.

(ج)- المؤشرات القضائية: تملك السوابق القضائية قيمة بارزة في تشخيص حالة الخطورة، وهي المرجعية المهمة في هذا الموضوع لدى رجال القضاء، ويمكن للفعل الجرمي وحده أحياناً أن يكون الدليل على وجود اضطراب نفسي (مثال التعري الاستعراضي والبصبصة)، أو أن يكون البداية البادرية للمرض (مثال جريمة القتل غير المسوغة بوصفها عرضاً بادرياً للفصام). مع ذلك يجب على الطبيب ألا يبني تشخيصه الطبي النفسي للخطورة على السوابق القضائية للفرد وأن يدرس بعمق البنية والسيرورة الإمراضية النفسية التي قد تكون الأحداث القضائية شاركت في إظهارها فقط.

إن التدبير الطبي في مقاربة فرد يحمل خطورة ظاهرة وحالية أو كامنة ومفترضة يتبع الخطوات التالية:

● **الخطوة الأولى:** تحديد وجود الخطورة: تكون الأمور نسبياً سهلة عندما تكون مظاهرها واضحة (عنف، أو عدائية، أو شتائم، أو صراخ، أو هيجان، أو تكسير وتحطيم... إلخ)، علماً أن وجود لهجة باردة في الحديث، أو تهكم لاذع، أو نظرة حادة، أو رفض عنيد لكل اقتراب وأحياناً استجابة بالتنهدات قد توحي أيضاً إلى اضطرابات تحمل خطورة كامنة.

● **الخطوة الثانية:** تحليل عناصر المحيط ومسرح العنف: تدهور حالة المحيط (وجود قطيعة عاطفية، أو مواقف الحداد والعزلة، أو حدوث صراعات اجتماعية أو مهنية، أو توافر أدوات الإيذاء أو مواده وسهولة الحصول عليها)، وتحديد الملابسات الزمانية والمكانية ودور الحضور والأحداث التي تداخلت في مسرح نوبة العنف.

● **الخطوة الثالثة:** تقييم المؤشرات التي تؤيد تفاقم احتمال الخطورة، وقد سبق ذكرها.

● **الخطوة الرابعة:** اتخاذ الإجراءات المناسبة والمتدرجة التي يقتضيها الموقف: محاولة إقامة تواصل كلامي مع الفرد بحسب ما يقوله أو يعلنه؛ إعلامه بشكل ما عن المساعدة والرعاية المقترحة، وفي بعض الحالات إعلام عائلته ولاسيما إذا كان الموقف يتطلب تدخلاً علاجياً قسرياً، أو اللجوء حين الضرورة إلى إجراءات إدارية أو قضائية تؤسس لدخول المستشفى دخولاً إلزامياً وحماية حقوقه.

تقييم الخطورة في إطار الخبرة العقلية القضائية:

يُكلف الطبيب النفسي بمهمة البحث عن الخطورة الجرمية التي يبديها المتهم حالياً، وتقييم درجة احتمال الانتكاسة الجرمية في المستقبل، وعلى الرغم من أن القيمة العلمية التنبؤية في مسألة الخطورة ضعيفة، فإنه من الممكن الحصول على وصف مستوى للخطورة يُؤشر للإجراءات العلاجية والوقائية الهادفة إلى اختزال الخطر إلى أقصى درجة ممكنة. يوجب هذا على الطبيب الخبير القيام بمقاربة شاملة والبحث والتحري عن كل المؤشرات:

أ- المؤشرات الطبية النفسية: (المذكورة آنفاً)، مع التدقيق في أعراض العدائية المرضية والعنف في السلوك ؛ هشاشة البنية الشخصية وأحداث حياتية راضة وباكرة في مرحلة الطفولة... إلخ.

ب- المؤشرات القضائية: تعرف التحليل الجنائي للملف العدلي: ويستدعي هذا من الطبيب القراءة المتأنية لضبوط الشرطة، وتقرير الطبابة الشرعية العامة، وخطورة الفعل ذاته والأداة المستعملة، ودرجة العفوية والفجائية أو الترصد في تنفيذ الجريمة، ووجود هشاشة ما عند الضحية ونتائج الجريمة على الضحية و ذويها، وأخيراً سلوك المتهم في مكان توقيفه. كل ذلك يؤلف عناصر تساعد الخبير على تقدير أدق للخطورة الحالية والمستقبلية لدى المتهم، وعلى الطبيب تذكر القاعدة في علوم الجريمة التي تقول: في كل الحالات الصراعية تزداد خطورة العبور للفعل الجرمي طرداً مع ازدياد الاقتراب العاطفي والجغرافي من الشخص.

ج- المؤشرات الاجتماعية: يمكن للطبيب الخبير أن يتوصل إلى رأيٍ أفضل عن الخطورة الحالية والمستقبلية للمتهم المريض عندما يبحث عن العوامل الإيجابية التي تحمي الشخص وتساعده على العودة للاندماج في المجتمع بعد إخلاء سبيله، ومنها: التقدم في العمر، وغياب السوابق الطبية النفسية والجرمية، وسيرة حياتية متوازنة نسبياً، وندم وتوبة صادقة، ورغبة صريحة وواضحة بالتحسن تحت الرعاية الطبية - النفسية ومتابعة التأهيل التربوي الهادف إلى ملافاة المشاكل والحاجات التي أسهمت في العبور للفعل الجرمي، توفر دعم عائلي واجتماعي ملائم، وأخيراً تواصل إيجابي مع المحيط والآخرين، ووضع برنامج مشروع مستقبلي واقعي وموضوعي.

إذاً على الطبيب الخبير أن يتقيد بالأخلاقيات المهنية والمنهجية العلمية، وبالتالي عدم إطلاق عبارات تحتوي على حكم ذي طابع أخلاقي (الابتعاد عن توصيف الجريمة بأنها بشعة أو شنيعة... إلخ)، وألا يسمح لاعتباراته الشخصية أن تتداخل مع نظرته للمتهم، وأن يحتفظ لنفسه بكل معلومة قد يحصل عليها خلال قيامه بخبرته التي ليس لها علاقة

بموضوع الخبرة. وعليه أيضاً أن يلتزم بالانتساب إلى التصنيف الرسمي للاضطرابات النفسية ومعرفة مطابقتها مع التعابير القضائية المتداولة. وعلى الرغم من أن رأي الخبراء لا يُقيد المحكمة ولا يُلزمها ولها أن تحكم بخلافه، فالمحكمة لا تقضي إلاّ على أساس ما تطمئن إليه؛ لذا على الخبير معرفة حدود إمكاناته لكي لا تكون استنتاجاته ذاتها خطراً على المسار المتوازن والمفترض للعدالة.

في المحصلة:

إضافة إلى النصوص الواردة في لائحة نظام واجبات الطبيب وآداب المهنة - على نحو عام - التي تصدرها نقابة الأطباء، ونظراً للسمات المميزة للطب النفسي الذي يُرَكِّز على النفس - العقل أي النواة المركزية للشخص في فرادته واستقلاليته وحريته جاء إعلان مدريد بتوصيات أخلاقية إرشادية في ممارسة هذا الاختصاص، واعتمدت لجنة الأخلاقيات في الجمعية العالمية للطب النفسي عام ١٩٧٧م إعلان هاواي الذي أعيد تحديثه في فيينا عام ١٩٨٣م ووافق عليه المجلس العام في ١٩٩٦/٨/٢٥م في مدريد، وتم تأكيده في يوكوهاما عام ٢٠٠٢؛ وأهم ما جاء في هذا الإعلان: إن الطب النفسي هو علم وفن، يجتهد بتقديم أفضل العلاجات والرعاية والحماية المتاحة للمرضى النفسيين بما يتماشى مع أحدث المعطيات العلمية المتفق عليها والتي تتدخل بأقل قدر ممكن في حرية المريض؛ ويجب على الطبيب أن يتقبل هذا الأخير بوصفه شريكاً في العملية العلاجية مع سعيه المستمر إلى تحسين الصحة النفسية وتقليل المعاناة وحماية الحياة؛ فهو ضد ما يدعى "القتل الرحيم"، وعليه عدم المشاركة في تقييم الأهلية العقلية للمحكوم بالإعدام، وألا ينصب نفسه وكيلاً عن المريض في اتخاذ قرار نقل الأعضاء مثلاً.

الطب النفسي هو اختصاص أساسه الإصغاء للآخر؛ إذ أن دور الفحوص التكميلية المخبرية ما يزال محدوداً في الوقت الحاضر؛ لذا تكتسب العلاقة العلاجية أهمية قصوى، ويجب أن تتصف بالاحترام والثقة والسرية والخصوصية الفردية. وعلى الطبيب النفسي أن ينتبه إلى الألم النفسي لدى المريض، وأن يتحرى الأعراض بحسب التاريخ الشخصي والسيرة الذاتية للمريض، وألا يختزل الشخص إلى سلوك خطر أو إلى حالة مرضية أو اضطراب يحمل خطورة كامنة.

والطبيب النفسي يعي أن معظم الأفكار والنظريات العلمية في الطب النفسي لم تستقر بعد، والمعرفة ما تزال هنا في مستوى المتلازمات الوصفية للأعراض ولم تبلغ بعد مستوى المعرفة السببية. وينجم عن اختلاف المدارس النظرية في مفاهيم التشخيص والتصنيف والعلاج اختلاف التطبيق للأولويات في الممارسة اليومية، وفي برامج التخطيط للصحة النفسية على نحو عام. وإذا كانت كلمة "الشك" سيدة العبارات في الطب الشرعي العام فإنها تحتفظ بموقعها عن جدارة في الطب النفسي الشرعي؛ لذلك على الطبيب التأكد من المعلومات التي تصله قبل أن يُفتي فيها برأي دامغ، فقد تصله معلومات ناقصة أو مغلوطة توجب عليه الحذر منها وعدم تبنيها وبناء رأيه عليها، لأن الاجراءات الناجمة عن ذلك قد تستدعي التضييق على حرية الفرد بالاستشفاء الإلزامي أو المعالجة القسرية، أو يكون لها انعكاسات على أهليته المدنية. أما الطبيب في موقف الخبير وإعطاء رأيه بما يخص المسؤولية الجزائية وتقييم درجة الخطورة الحالية والمستقبلية فيتحتم عليه أن يبقى في حقل الحيادية، وعلى أساس تقني، وألا يدلي برأي دامغ إذا لم يكن عنده من المعلومات المؤكدة ما يكفي لذلك، وأن يتذكر أن تقييم الخطورة الواقعية يتطلب دوماً إلى جانب تقييم خطورة الشخص المريض خطر الموقف الذي تتراكم فيه عوامل عديدة لها شأن في العبور للفعل الجرمي. وإذا كان من الممكن إحصائياً التنبؤ بالخطورة المستقبلية فإنها تبقى غير متوقعة في فردانيتها وتعقيداتها، وفي حراكها (ديناميكيتها) والعوامل المتدخلة فيها.

وبعد أن اتسم النصف الثاني من القرن العشرين باكتشافات مهمة في مجال الأدوية النفسية، وبتقدم العلوم العصبية فقد أدى ذلك إلى معرفة أفضل لعمل الدماغ، وبتعاظم الأهمية المعطاة للطب النفسي الاجتماعي مع انتقاد عمل المؤسسات العقلية المغلقة ودورها في إزمان المرض، وبتزايد مشاكل الإدمان والعنف، فقد جاء القرن الحالي ومعه تحول المريض العقلي من حالة "غرض للعلاج" إلى حالة "شخص عضو مشارك" ومساهم في إنضاج برنامج العلاج والرعاية والاندماج في المجتمع.

أصبح من غير الممكن التفكير بتقديم الرعاية الطبية النفسية لمحتاجيها خارج إطار المقاربة الشاملة ذات المستويات الثلاثة: بيولوجية- نفسية- اجتماعية؛ لقد انزاح الاهتمام من حقل المريض العقلي إلى حقل الصحة النفسية والألم النفسي والاجتماعي، مما يحمل خطورة كامنة ومتصاعدة إذا استمر التمادي بإعطاء صبغة طبية نفسية لمسائل اجتماعية. وبالمقابل هناك خطر تمييع مسائل الاضطرابات النفسية إذا استخدمت مقاربة اجتماعية بحتة. والاستنتاج

الذي يفرض نفسه هو أن الطب النفسي سيكون في المستقبل القريب ميداناً خصباً لحراك مستمر في المفاهيم الأخلاقية والتشريعات القانونية للحاق بتقدم المعرفة العلمية من جهة، واحترام حقوق الإنسان الشخصية من حرية واستقلالية وفرادة في المجتمع الذي يعيش فيه من جهة أخرى.



البحث		الصفحة

